FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° 467

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'État)

PAR

**PICARD Pierre-Georges**

*né le 19 Juillet 1905 à Troyes (Aube)*

# Les Métrorragies à l'âge de la Ménopause

## (Diagnostic et indications thérapeutiques)

*Président :* M. R. GRÉGOIRE, *Professeur*

EDITIONS
DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPAREE ET D'HYGIENE GENERALE
7, Rue Gustave Nadaud, PARIS (16e)

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934 N°

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'État)

PAR

**PICARD Pierre-Georges**

*né le 19 Juillet 1905 à Troyes (Aube)*

# Les Métrorragies à l'âge de la Ménopause

## (Diagnostic et indications thérapeutiques)

*Président :* M. R. GRÉGOIRE, *Professeur*

EDITIONS
DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPAREE ET D'HYGIENE GÉNÉRALE
7, Rue Gustave Nadaud, PARIS (16e)

1934

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

**LE DOYEN**... G. Roussy.

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | Rouvière. |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale | Proust. |
| Physiologie | Léon Binet. |
| Physique médicale | Strohl. |
| Chimie médicale | Desgrez. |
| Bactériologie | Robert Debré. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | Brumpt. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Baudouin. |
| Pathologie médicale | Clerc. |
| Pathologie chirurgicale | Chevassu. |
| Anatomie pathologique | Roussy. |
| Histologie | Champy. |
| Pharmacologie et matière médicale | Tiffeneau. |
| Thérapeutique | Loeper. |
| Hygiène et médecine préventive | Tanon. |
| Médecine légale | Balthazard. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | Laignel-Lavastine. |
| Pathologie expérimentale et comparée | Fiessinger. |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie | Maurice Villaret. |
| Clinique médicale | Achard.<br>Bezançon.<br>Carnot.<br>Marcel Labbé. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | Lereboullet. |
| Clinique des maladies des enfants | Nobécourt. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. Claude. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | Gougerot. |
| Clinique des maladies du système nerveux | Guillain. |
| Clinique des maladies infectieuses | Lemierre. |
| Clinique chirurgicale | Cunéo.<br>Gosset.<br>Grégoire.<br>Lenormant. |
| Clinique ophtalmologique | Terrien. |
| Clinique urologique | Marion. |
| Clinique d'accouchements | Brindeau.<br>Couvelaire.<br>Jeannin. |
| Clinique gynécologique | J.-L. Faure. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | Ombrédanne. |
| Clinique thérapeutique médicale | Rathery. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | Lemaître. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | Pierre Duval. |
| Clinique propédeutique | Sergent. |
| Clinique de la Tuberculose | Léon Bernard. |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte | Mathieu |
| Professeurs sans chaire | Hovelacque.<br>Mulon.<br>Olivier.<br>Verne. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Alajouanine.. Neurol. et psychiâtrie.
Bénard(Henri) Pathologie médicale.
Bernard Ét.. Pathologie médicale.
Boulin..... Pathologie médicale.
Brocq..... Pathologie chirurgicale
Bulliard.... Histologie.
Cathala..... Pathologie médicale.
Chabrol.. .. Pathologie médicale.
Chevallier.. Pathologie médicale.
Dognon. .. . Physique.
Do zelot.... Pathologie médicale.
Fey..... .. Urologie.
Galliard.... Parasitologie.
Gastinel.... Bactériologie.
Gatellier.... Pathologie chirurgicale
De Gaudart. d'Allaines. Path.chir.
Gayet..... Physiologie.
Giroud..... Histologie.
Haguenau.... Pathologie médicale.
Halphen..... Oto-rhino-laryngolog.
Hazard..... Pharmacologie
Huguenin.... Anatomie pathologique
Joannon..... Hygiène.
Labbé (Henri) Chimie biologique.
Lacomme.... Obstétrique.
Lantuéjoul... Obstétrique.

MM.

Laroche(Guy) Pathologie médicale.
Lemaire.... Pathologie expérimentale.
Leveuf..... Pathologie chirurgicale
Mlle J. Lévy.. Pharmacologie.
Lévy-Valensi Neuro-psychiâtrie.
Moreau... .. Pathologie médicale.
Moulonguet . Pathologie Chirurgicale
Mouquin..... Pathologie médicale.
Oberling.... Anatomie pathologiq.
Petit-Dutaillis. Pathologie Chirur.
Fiédelièvre . Médecine légale.
Portes..... Obstétrique.
Quénu..... Pathologie chirurgicale
Richet..... Physiologie.
Sannié... ... Chimie biologique.
Sénèque .... Pathologie Chirurgicale
Sézary..... Dermatologie et syphiligraphie.
Troisier..... Pathologie expérimentale et comparée.
Vallery-Radot (Pasteur). Pathologie médicale.
Velter..... Ophtalmologie.
Vignes..... Obstétrique.
Wilmoth.... Pathologie chirurgicale

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

Alglave.... .... Path. chirurgicale.
Busquet.... .... Pharmocologie.
Chailley-Bert... Physiologie.

MM.

Leroux..... Anatomie pathologique.
Neveu-Lemaire. Parasitologie.
Zimmern.... Physique.

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Abrami | Clinique médicale. | Lévy-Solal | Clinique obstétricale. |
| Aubertin | Clinique médicale. | Metzger | Clinique chirurgicale. |
| Brulé | Clinique médicale. | Basset | Clinique chirurgicale. |
| Chiray | Clinique médicale. | Cadenat | Clinique chirurgicale. |
| Duvoir | Clinique médicale. | Heitz-Boyer | Clinique chirurgicale. |
| Harvier | Clinique médicale. | Mocquot | Clinique chirurgicale. |
| Lian | Clinique médicale. | Moure | Clinique chirurgicale. |
| Guéniot | Clinique obstétricale. | Schwartz | Clinique chirurgicale. |
| Le Lorier | Clinique obstétricale. | | |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| Chailley-Bert | Éducation physique. |
| Frey | Stomatologie. |
| Ledoux-Lebard | Radiologie clinique. |
| Weil-Hallé | Puériculture. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE R. LATOUR

président à la cour d'Appel d'Orléans
Chevalier de la Légion d'honneur

*qui m'encouragea si souvent de sa grande affection. Sa vie de droiture et de parfaite intégrité sera toujours pour nous un noble exemple.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde affection.*

A MON PÈRE
LE DOCTEUR H. PICARD

*qui me révéla par sa science et son dévouement, la grandeur de sa profession. Témoignage de ma reconnaissance et de ma piété filiale.*

A MA FEMME

*Témoignage de ma profonde tendresse.*

A MES PETITES FILLES

MARIE-CLAIRE ET MICHÈLE

A MES BEAUX-PARENTS

*Pour leur particulière et précieuse affection.*

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

*Nous remercions Monsieur le Professeur Grégoire du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse ; et, nous le prions de trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Bon-Secours
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de guerre

*que nous remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en nous recevant comme interne dans son service et qui nous a donné le sujet de ce travail. Nous lui exprimons, ici, toute notre admiration et notre reconnaissance pour ses précieux conseils, en l'assurant de notre attachement et de notre respectueuse affection.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie de Tours
Chirurgien-chef de l'Hôpital Général
Officier de la Légion d'Honneur

*qui fut notre premier maître en chirurgie. Témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR OBERLIN
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*en respectueux hommage et en gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CL. BÉCLÈRE
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Témoignage de gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués. Hommage respectueux et reconnaissant.*

*A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE TOURS*

## EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS

MONSIEUR LE DOCTEUR R. MERCIER

## INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR FAIX

---

*A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS*

## STAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND

## EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET

MONSIEUR LE DOCTEUR E. MICHON

MONSIEUR LE DOCTEUR APERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR STEVENIN

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LŒPER

## INTERNAT PROVISOIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LE LORIER

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BERGER

## INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ JEAN QUÉNU

(*Hôpital Bon-Secours*)

A MES CHEFS DE CONFÉRENCE

M. LE DOCTEUR DENNOYELLE
Professeur à l'Ecole de médecine de Tours

*que nous remercions de l'intérêt qu'il nous a toujours porté.*

MM. LES DOCTEURS FÈVRE ET FUNCK-BRENTANO
Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

MM. LES DOCTEURS JUSTIN-BESANÇON
médecin des Hôpitaux
et J. LENORMAND

A MM. LES DOCTEURS LEMAIRE
médecin de Hôpitaux

L. MICHON
chirurgien des Hôpitaux

LAVEDAN, NYKA

*que nous remercions pour leurs précieux conseils*

# INTRODUCTION

Les hémorragies utérines, survenant à l'âge de la ménopause constituent une question importante à cause des problèmes thérapeutiques souvent délicats qu'elles posent. Ces hémorragies sont très fréquentes et leurs causes sont multiples. Et, si certains auteurs attribuent trop facilement ces accidents à une lésion organique et parlent trop fréquemment d' « *utérus fibromateux* », d'autres, par contre, ont tendance à les considérer comme un incident banal de l'âge critique.

« C'est un problème qui déborde le cadre de la médecine » affirme M. Moulonguet (1) « et qui pourrait faire l'objet d'une propagande auprès du grand public, car il règne sur ce point des idées très fausses et dangereuses », beaucoup de femmes s'imaginant qu'il s'agit de « misères fatales du retour d'âge » et qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter.

Nous voulons précisément montrer, dans ce travail, quelle importance il peut y avoir à préciser les causes de ces hémorragies pour poser d'une façon correcte les indications thérapeutiques. Nous n'aurons en vue que les seuls cas où la femme aura accusé *une* ou *plusieurs métrorragies* sans aucun autre trouble fonctionnel et ne présente aucune lésion organique *cliniquement* perceptible.

---

(1) Moulonguet : *Revue critique de Path. et de thérap.* mars-avril 1933. Tome III, n° 10. Page 821.

Nous n'envisagerons donc que les *Métrorragies — seul symptôme* à l'âge de la ménopause.

En se basant sur une statistique de 57 malades examinées dans ces conditions et suivies dans un même service pendant plus de 9 ans, nous essayerons de rechercher le moyen de diagnostic le plus sûr et le moins infidèle pour affirmer la cause de chaque cas de métrorragie. Avant tout, on se méfiera du *cancer*, et on mettra tout en œuvre pour le dépister à son début et agir chirurgicalement le plus précocement possible. Les autres causes, de beaucoup les plus fréquentes, seront également précisées : ce qui facilitera considérablement la tâche, pour poser des indications thérapeutiques.

# PLAN DU TRAVAIL

## Historique de la question

PREMIÈRE PARTIE : EXPOSÉ DES FAITS.

*Chapitre Premier.* — Exposé de notre statistique.

*Chapitre Deuxième.* — Déductions étiologiques.

1) Métrorragies lésionnelles.

2) Métrorragies fonctionnelles.

DEUXIÈME PARTIE : LES MOYENS DE DIAGNOSTIC :

A. — Les antécédents.

B. — Les caractères des métrorragies.

C. — Les signes physiques.

D. — L'exploration endo-utérine :

*Chapitre premier :* Le curettage biopsique.

*Chapitre deuxième :* L'examen histologique.

*Chapitre troisième :* L'hystérographie.

TROISIÈME PARTIE : LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

A. — Indications chirurgicales.

B. — Indications des radiations.

C. — Expectative.

OBSERVATIONS.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

## HISTORIQUE DE LA QUESTION

1. — Autrefois, avant l'ère chirurgicale, les gynécologues avaient isolé ces hémorragies survenant au moment de la ménopause et en avaient bien précisé les modalités cliniques : pertes de sang utérines, sans modifications apparentes du col ni du corps utérins, variables, irrégulières, rebelles à toute thérapeutique, disparaissant spontanément avec la menstruation. Ce syndrôme constituait les *hémorragies dites de la ménopause.* On le considérait comme un accident banal « de l'âge critique ».

2. — Puis, est survenue l'étape que l'on pourrait appeler chirurgicale. On a opéré ces malades qui perdaient du sang entre 40 et 55 ans. Et on trouvait, dans la cavité utérine, tantôt un cancer du corps, impossible à dépister cliniquement, tantôt un polype, souvent intracervical, tantôt un petit fibrôme sous muqueux particulièrement hémorragique. Mais le plus souvent, on ne trouvait qu'une muqueuse épaissie, blanchâtre, homogène, scléreuse : on a abusé du terme d'« *utérus fibromateux* » ou « *scléreux* » et on a enlevé systématiquement des utérus un peu gros, un peu lourds mais ne contenant aucune tumeur. Actuellement encore, certains chirurgiens opèrent systématiquement toute femme qui perd du sang d'une façon anormale, après la quarantaine.

3. — Enfin, avec la pratique de la *Roëntgenthérapie* et de la *Curiethérapie* on a observé, dans un certain nombre de cas, la disparition complète des hémorragies, en provoquant par radiations une ménopause artificielle. Mais cette méthode, qui donne le plus souvent des résultats heureux, ne peut être appliquée à l'aveugle dans tous les cas : si les métrorragies ont pour cause un cancer du corps méconnu, qui est presque toujours un épithélioma cylindrique *radio-résistant,* l'évolution de cette tumeur peut être précipitée d'une façon désastreuse.

C'est pourquoi il est capital d'asseoir sur un diagnostic étiologique précis l'indication thérapeutique. La radiothérapie ne sera mise en œuvre que si la possibilité d'une lésion maligne est complètement éliminée.

4. — Les progrès des connaissances *Physiologiques* ont permis de préciser l'origine et la nature de la plupart des métrorragies fonctionnelles, au moment de la ménopause.

M. Moulonguet (1) a décrit cette « altération de structure qui ne se rattache à aucun processus infectieux ou néoplasique, mais qui se rapproche beaucoup de certains aspects des cycles évolutifs de l'endomètre. »

Or, c'est en 1908 qu'Hitschmann et Adler, puis Fraenkel ont montré les relations cycliques de l'ovaire et de la muqueuse utérine, à l'origine de la menstruation normale. On sait maintenant l'existence et le rôle des deux hormones de l'ovaire :

a) *l'hormone folliculaire* qui agit sur le développement de l'utérus et provoque l'hyperplasie fonctionnelle de la muqueuse utérine.

b) *l'hormone du corps jaune* : *la lutine* isolée depuis peu de temps (2). C'est elle qui déterminerait par ses sécrétions, l'hémorragie menstruelle, d'après les recherches de Fraenkel et Villemin complétées par les travaux de Cörner et Allen et ceux de Clauberg et Zondek.

Cette influence des hormones ovariennes sur l'*hyperplasie prémenstruelle* de la muqueuse utérine étant admise aujourd'hui on a rattaché également à des troubles hormonaux venus de l'ovaire, des modifications semblables de la muqueuse utérine donnant des hémorragies anormales.

Les premiers travaux ont été faits en Allemagne ; et les termes de « métropathies » et d' « oophoropathies » que l'on trouve dans la littérature ont servi à préciser les théories soutenues par Adler et Schroder. En France, Forgue et Massa-

---

(1) Moulonguet. — *Les diag. anatomo-clin. de Paul Lecène* : Tome II, appareil génital de la femme. 2ème partie : lésions distrophiques de l'utérus, page 28.

(2) Cotte. — *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*. 1931. 1 vol. Page 71.

BUAU (1), puis de ROUVILLE et SAPPEY s'en sont fait les défenseurs : la conclusion de tous est que le dysfonctionnement des hormones ovariennes détermine une modification de la muqueuse utérine, une *hyperplasie glandulaire*, qui entraîne les hémorragies. « La lésion utérine n'est nullement par elle-même la cause des métrorragies : elle accompagne ces hémorragies mais n'en est pas la raison d'être. »(M. MOULONGUET) « La dysovarie entraîne la dysmétrie ».

D'ailleurs, deux faits expérimentaux viennent prouver ce rôle hormonal de l'ovaire sur les métrorragies dites fonctionnelles :

a) d'abord l'apparition de ces pertes aux deux pôles de l'activité génitale (puberté et ménopause), au moment où les fonctions de sécrétion interne sont perturbées. De plus un curettage fait disparaître les hémorragies, mais généralement celles-ci reprennent ; et l'examen histologique montre le même aspect d'hyperplasie glandulaire bénigne de la muqueuse. Il y a donc récidive après traitement utérin.

b) surtout, la guérison complète et définitive des hémorragies obtenue par l'ablation des ovaires (déjà BOUILLY en 1899 en publiait des cas) et actuellement par la Roëtgenthérapie.

En résumé, beaucoup de métrorragies au moment de la ménopause ne sont pas dûes à une lésion organique. Il s'agit d'un dysfonctionnement hormonal de l'ovaire provoquant au niveau de l'utérus une altération de la muqueuse, semblable à la muqueuse prémenstruelle, mais exagérée et durable, entraînant ces hémorragies anormales souvent tenaces :

*les hémorragies fonctionnelles d'origine ovarienne.*

A côté des hémorragies liées à l'existence d'une lésion pathologique de l'utérus, hémorragies que nous appellerons *lésionnelles*, il faut donc faire une place importante à des hémorragies purement *fonctionnelles*.

Il y a là une *notion étiologique* qui doit dominer le *problème thérapeutique*.

(1) FORGUE et MASSABUAU. — Les Métrorragies de la ménopause. *Presse méd*. 28 sept. 1912. Page 793.

PREMIÈRE PARTIE

# EXPOSÉ DES FAITS

CHAPITRE PREMIER

# Exposé de notre statistique

C'est pour permettre de poser pour chaque cas les indications thérapeutiques que nous avons recueilli, dans ce travail, 57 observations de malades examinées et suivies dans le service de notre maître, le Docteur Jean QUÉNU à l'Hôpital Bon-Secours. Ces observations représentent la totalité des cas de *métrorragies-seul symptôme* observés du 1er Janvier 1925 au 31 Décembre 1932, soit pendant une période de huit années.

Grâce aux méthodes d'ordre et de travail de ce service, nous avons pu colliger les documents de ces huit années, arrêtant notre statistique au 1er Janvier 1933 afin de permettre un recul suffisant pour juger des résultats des derniers cas traités. Notre maître, le Docteur Jean QUÉNU avec M. Claude BÉCLÈRE ont déjà publié une statistique portant sur 44 de ces 57 cas (1).

Ce qui fait l'intérêt de cette statistique, c'est que toutes les malades (sauf deux qui avaient donné de fausses adresses et qui n'ont pas été retrouvées (2) — ont été suivies et revues. Il a

(1) J. QUÉNU et Cl. BÉCLÈRE. — *Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris.* N° 9, Nov. 1933. Page 742.

(2) L'une (*obs. 10*) fut hystérectomisée d'emblée pour polype avec examen de la pièce opératoire. L'autre (*obs. 37*) est la seule observation dont il ne soit pas possible de faire état pour les suites éloignées.

été possible de surveiller leur état et de vérifier, par l'évolution, l'exactitude du diagnostic. Pendant la période d'observation, variant, suivant les cas, de 18 mois à neuf ans, on peut affirmer *qu'aucun cancer du corps n'a échappé* à nos moyens de diagnostic utilisés.

Avant de détailler nos faits, il convient de préciser nettement la variété des hémorragies que nous étudions ici.

*il s'agit de métrorragies uniquement.*

*il s'agit de métrorragies à l'âge de la ménopause.*

*il s'agit de métrorragies seul-symptôme.*

I —

Ce sont des **métrorragies**, c'est-à-dire des hémorragies utérines survenant en dehors du cycle normal des règles et n'ayant aucune périodicité. Ce sont des pertes de sang *anormales* chez une femme bien portante. Ces pertes peuvent être uniques, ou répétées ou continues. Elles peuvent accompagner des ménorragies. On ne les considèrera donc comme telles, que lorsque les pertes seront survenues après au moins un jour d'aménorrhée succédant à une période menstruelle.

— II —

Il s'agit de métrorragies survenant **au moment de la ménopause**, c'est-à-dire quelque temps avant les manifestations objectives et subjectives de cette période qui termine l'activité génitale et se continuent avec elle, jusqu'à la ménopause constituée.

L'âge de la ménopause est classiquement entre 40 et 55 ans. Mais il existe des variations individuelles, familiales et ethniques indiscutables. Nos observations portent sur des cas de métrorragies depuis 40 ans s'étendant jusqu'à la ménopause constituée. Quand peut-on affirmer que la ménopause commence à se manifester ? A quel moment peut-on dire qu'elle est définitive ?

La ménopause, classiquement, se traduit par la *suppression de l'hémorragie périodique de la période d'activité génitale.*

Elle s'accompagne de *phénomènes généraux critiques* importants à faire préciser et qui seront utiles pour l'examen complet de la femme : ce sont, avant tout, les phénomènes vaso-moteurs : bouffées de chaleur, plusieurs fois par jour, surtout pénibles la nuit et après les repas, étouffements, gêne précordiale congestions locales, dermatoses, plus tard d'autres troubles traduisant la disparition de la sécrétion interne de l'ovaire. De beaucoup les plus importantes, sont les *bouffées de chaleur* qui manquent rarement.

La ménopause — cet âge critique — s'accomplit selon des *modalités* bien différentes :

a) tantôt *en un temps* : brusquement les règles s'arrêtent, les troubles vaso-moteurs apparaissent. Après 10 à 12 mois d'aménorrhée, on peut affirmer que la ménopause est constituée et toute hémorragie survenant après ce temps, constituera une hémorragie post-ménopausique. (1)

b) plus souvent, *par étapes plus ou moins espacées*. Les règles deviennent irrégulières dans leur apparition et dans leur durée ; elles peuvent être de moins en moins abondantes, ou au contraire très abondantes. *La femme est déréglée.*

c) *par étapes espacées* : les règles diminuent d'abondance mais sont séparées par des périodes d'aménorrhée de 2 à 3 mois, sans bouffées de chaleur. Puis, elles disparaissent complètement soit brusquement soit par diminution progressive.

Ainsi donc, la ménopause se traduit normalement par une irrégularité des règles avant leur disparition définitive. Et toute hémorragie survenant *en dehors des règles*, c'est-à-dire *toute métrorragie*, constituera un accident dont on devra rechercher l'étiologie avec soin.

Ces métrorragies sont variables :

— tantôt unique : généralement brusque, sans douleur, sans lendemain.

— tantôt répétées, sans rythme particulier, pouvant se prolonger en un suintement sanguin continu quoique peu abondant.

---

(1) Siredey : *Bull. et mém. soc des chir. de Paris 1929.* Tome XXI. Page 311.

Le plus souvent, il n'y a aucun trouble de l'état général. Mais dans certains cas, l'hémorragie peut être abondante, avec caillots, nécessitant un traitement d'urgence.

— III —

Ces métrorragies constituent le **seul symptôme**. C'est le cas difficile. Nous éliminons donc les métrorragies accompagnant des lésions cliniquement évidentes, par le palper, le toucher vaginal ou l'examen au spéculum : le cancer du col se décèle facilement ; une masse annexielle ou un polype accouché par le col ne doivent pas échapper à un examen attentif.

Parmi toutes les femmes qui ont été examinées dans le service du Docteur Jean Quénu, pour hémorragies utérines à l'âge de la ménopause nous n'avons retenu que les 57 cas où la femme s'est présentée pour *métrorragie — seul symptôme*, et chez laquelle l'examen général avait été négatif.

Voici l'exposé des faits cliniques réunis pendant 8 ans, dans un même service : répétons-le, il s'agit de la totalité des cas observés, ce qui donne toute sa valeur à cette statistique.

*
* *

## Exposé des faits

— A —

Dans une première période, dans la crainte de laisser évoluer un cancer du corps dont les hémorragies sont assez souvent le premier et le seul symptôme, un certain nombre de malades ont été opérées d'emblée (1).

MALADES HYSTÉRECTOMISÉES D'EMBLÉE AU NOMBRE DE 10.

*obs. n*os (1), (2), (10), (13), (14), (16), (18), (31), (41), (49).

Parmi ces 10 cas, dans les pièces opératoires, on a trouvé :

a/ dans 2 cas : un *cancer intra utérin*, obs. (1), (2).

(1) les numéros des observations renvoient au numéro d'ordre des obs. réunies à la fin du travail et classées ainsi : d'abord par lésion, et dans chaque catégorie, par dates d'opération.

b/ dans 8 cas : un *utérus gros, blanc, scléreux*, sans la moindre tumeur ni bénigne, ni maligne.

— B —

Dans une deuxième période, au lieu de faire d'emblée une hystérectomie, il a été fait un *curettage explorateur*, suivi d'un *examen histologique* des débris muqueux, quand ceux-ci ont été suffisants. Souvent, il est arrivé de ne ramener que des débris insuffisants ; mais alors la curette qui avait exploré méthodiquement la cavité intra-utérine n'avait décelé aucune zone suspecte.

MALADES CURETTÉES, AU NOMBRE DE 45.

A la suite de ces curettages :

7 *malades* ont été considérées comme atteintes de lésions *malignes* et hystérectomisées aussitôt.

*38 malades* ont été considérées comme atteintes de lésions *bénignes* et n'ont pas subi d'autre opération immédiate.

α ) 7 *malades* considérées comme *atteintes* de lésion maligne :

1° dans *2 cas* seulement, le cancer *a été confirmé* macroscopiquement et microscopiquement :

obs. (3), (4).

2° dans *5 cas*, le cancer *n'a pas été confirmé*, et il n'y avait dans l'utérus aucune tumeur bénigne ni maligne :

obs. (12), (15), (19), (43), (44).

β ) *38 malades* considérées comme *non atteintes* de lésion maligne :

Dans ces 38 cas, ou bien le produit du curettage était d'un volume insuffisant pour permettre un examen histologique convenable, (dans 8 cas), ou bien le laboratoire a répondu : lésion bénigne : (dans 30 cas).

Ces 38 malades ont quitté l'Hôpital sans autre traitement que le curettage. On leur a recommandé de venir régulièrement se faire surveiller, surtout si les hémorragies reparaissaient.

Sur ces 38 malades curettées, 37 ont été revues. (Une seule n'a pas été retrouvée : obs. (37).

1° *21 ont vu leurs métrorragies disparaître :*

α ) 4 ont eu après leur curettage leur ménopause immédiate. *obs. n^os* (17), (23), (24), (54).

β ) 12 ont revu leurs règles sans nouvelles métrorragies. obs. n^os (22), (25), (26), (28), (33), (38), (40), (42), (45), (48), (55), (56).

γ ) 5 ont revu leurs règles, puis ménopause définitive; obs. n^os (9), (20), (30), (39), (53).

2° *12 ont vu leurs métrorragies reparaître :*

α ) 6 ont été hystérectomisées secondairement : obs. n^os (5), (6), (7), (8), (27), (47).

β ) 4 ont eu un 2^me curettage : parmi ces 4 malades :

2 ont eu leur ménopause : (21), (57). 1 est améliorée : (29). 1 récidive et est hystérectomisée : (46).

γ ) 1 a été traitée avec succès par le Radium : (35).

δ ) 1 a été traitée avec succès par les Rayons X : (34).

3° *3 ont été nettement améliorées d'abord, puis guéries ensuite :*

*obs. n^os* (32), (36), (52).

4° 1 a eu des accidents infectieux après son curettage et fut hystérectomisée secondairement ; (on trouva un pyosalpinx) : (11).

En résumé, sur ces 37 malades dont le curettage biopsique avait montré des lésions bénignes :

29 ont été guéries après curettage ou radiations.

8 ont été hystérectomisées secondairement et la pièce opératoire n'a pas montré de cancer

au total 37

On peut donc affirmer qu'aucun des curettages explorateurs qui ont été faits *n'a laissé « passer » de cancer du corps : ce qui est capital.*

C'est au contraire, dans 5 cas que l'histologiste a affirmé

*à tort* l'existence d'un cancer. obs. (12), (15), (19), (43), (44)

La question d'appréciation d'une coupe histologique *suspecte* est évidemment délicate et dépend beaucoup des tendances diverses des histologistes. Nous en reparlerons dans le chapitre consacré au diagnostic histologique. Mais on peut dire que toutes les fois où la coupe est suspecte, il faut opérer comme s'il s'agissait d'un cancer avéré.

Il faut remarquer que sur les 8 malades qui ont été hystérectomisées secondairement :

— 4 femmes avaient un fibrôme qui s'était traduit par des ménorragies en même temps que des métrorragies, avant et après le curettage : (5), (6), (7), (8).

— 1 a été hystérectomisée 5 jours après le curettage, parce que l'examen sous anesthésie avait laissé craindre un fibrôme : il s'agissait, en fait, d'une lésion bénigne. obs. (27).

— 1 a préféré l'hystérectomie à un second curettage, (47).

— 1 avait eu des ménorragies après le curettage et on soupçonnait un fibrôme : obs. (46).

— 1 avait eu des accidents infectieux : obs. (11).

— C —

Enfin, parmi nos 57 malades, 2 n'ont eu ni curettage ni hystérectomie. Toutes deux avaient un syndrôme clinique typique de métrorragies ménopausiques fonctionnelles.

Obs. (50) : ne veut pas être hospitalisée, mais a eu un lipiodol et des rayons X.

Obs. (51) : admise à l'Hôpital, mais refuse le curettage et sort sur sa demande.

. . . . . .

Ajoutons qu'en outre :

— 8 malades ont eu une *hystérographie* avec lipiodol. (29), (30), (33), (34), (50), (54), (55), (57).

— 4 malades ont eu des applications de *Rayons X*. (34), (50), (54), (57).

— 1 malade a eu des applications de *Radium*. (35).

On peut résumer ces faits cliniques dans un tableau schématique :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 57 CAS | 10 HYSTÉRECTOMIES D'EMBLÉE..... | | 2 cancers.<br>8 lésions bénignes. |
| | 45 CURETTAGES | 7 rép. histologiques : *malignité* ..... | 2 cancers confirmés.<br>5 erreurs de diag. : *bénignité*. |
| | | 38 rép. histol. : *bénignité* ..... (-1 disparue) | 24 guérisons après 1 ou 2 curettages.<br>12 récid... 7 hystérectomies second. dont 4 fibrômes. 5 guérisons.<br>1 suivi de complic. infect. : hystérectomie. |
| | 2 : *pas d'hystérectomie, pas de curettage* | | |
| 57 | 45 | 37 | 12 |

*Au total,* voici les résultats immédiats et éloignés des faits cliniques observés et faisant l'objet de ce travail :

*Malades curettées* = 45 { curettées seulement..... 30 ; curettées puis opérées..... 15 } = 45

| | | Résultats immédiats | | Résultats éloignés | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | guérison | mort | guérison | mort |
| *Malades hystérectomisées* = 25 | Hystérectomisées d'emblée. = 10 | 10 | 0 | 10 | 0 |
| | Hystérectomisées après curet. = 7 | 7 | 0 | 6 | 1 (cancer) |
| | Hystérectomisées secondairement ..... = 8 | 8 | 0 | 8 | 0 |

| STATISTIQUE GÉNÉRALE = 57 | Résultats immédiats | | | | Résultats éloignés | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | guérison | amélior. | récid. | mort | guérison | récid. | mort | introuvabl. |
| *Hystérectomisées* .. = 25 | 25 | — | 0 | 0 | 24 | — | 1 | 0 |
| *Curettées* ... .... = 30 | 22 | 3 | 5 | 0 | 28 | 1 | 0 | 1 |
| *Ni hystérectomisées ni curettées* .... = 2 | — | — | — | — | 2 | — | — | — |

Cette statistique portant sur 57 cas observés et suivis pendant plus de neuf ans dans un même service, est intéressante : d'une part, parce qu'elle représente *la totalité* des cas de métrorragies — seul symptôme — à l'âge de la ménopause, qui se sont présentés ; d'autre part, parce que toutes les malades (sauf deux) ont été suivies régulièrement.

Une malade est morte de généralisation de son cancer. Une autre est morte de maladie indépendante de son état général, un an après guérison locale complète. Toutes les autres ont été *revues* ou ont donné de leurs *nouvelles depuis moins d'un an*.

Nous allons donc pouvoir utiliser ces faits pour préciser les diverses étiologies que nous avons trouvées à l'origine de ces métrorragies.

---

## CHAPITRE DEUXIÈME

# Déductions étiologiques

L'ensemble de ces faits permet de tirer des notions, non seulement sur les diverses causes des métrorragies à l'âge de la ménopause, mais aussi sur la fréquence de chacune d'elles. D'emblée, nous retenons deux grandes classes de métrorragies, du point de vue étiologique :

*les métrorragies lésionnelles — les métrorragies fonctionnelles.*

### A — Métrorragies lésionnelles

1) Le cancer du corps utérin. Il est classique de dire que c'est un néoplasme propre aux femmes très âgées, après la ménopause. Et généralement, on méconnaît son existence *avant* et *pendant* la ménopause. Le diagnostic clinique en est quasi impossible. Et c'est avant tout pour *dépister ce cancer du corps* que nous conseillons et pratiquons l'exploration endo-utérine systématique par le curettage biopsique dans tous les cas de métrorragies. Ce sont presque toujours des *épithéliomas cylindriques, atypiques, radio-résistants.*

Dans certains cas, on peut observer des *lésions précancéreuses,* se rapprochant des épithéliomas, mais ayant une évolution plus lente.

Mlle Gasne en a rapporté 8 observations sur 12, avant la ménopause constituée. (1). L'intérêt de ces lésions, c'est que, cliniquement, elles sont impossibles à découvrir, et qu'il faut, quand l'anatomo-pathologiste en aura affirmé l'existence, les considérer et les traiter comme du cancer.

(1) L. Gasne : Les états précancéreux de la muqueuse du corps utérin. *Thèse Paris, 1932* .n° 631.

Enfin, le cancer utérin impossible à diagnostiquer cliniquement n'est pas exclusivement un cancer du corps. On peut avoir affaire à une forme *d'épithélioma pavimenteux intra cervical*, impossible à sentir au toucher vaginal.

M. Moulonguet (1) en signale un cas qui fut méconnu en l'absence de curettage explorateur et irradié pour obtenir la castration : les rayons aggravèrent et précipitèrent l'évolution ; la mort se fit par généralisation pelvienne rapide.

*La proportion du cancer* a rarement été bien précisée : il est, en effet rare, de trouver dans la littérature des statistiques portant sur *tous* les cas de métrorragies curettées et suivies.

Tietze et Cl. Mayer (2) trouvent 40 cancers du corps sur 165 cas, soit *24,2* %.

Zweifel et Erwin (3) rapportent le chiffre de 36 %.

Mais là encore il ne s'agit pas de *toutes* les métrorragies observées et elles n'ont pas été toutes curettées.

Mme Fania Rosenstein (4), par contre, publie deux statistiques différentes provenant, l'une de l'Institut anatomo-pathologique et l'autre de la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Ces statistiques qui ont trait surtout aux métrorragies après la ménopause, concernent également des cas de métrorragies *pendant* la ménopause et *avant* la ménopause. Dans ces 2 dernières catégories, elle a observé :

Dans la 1ere, 74 cancers sur 640 (dont 7 cas suspects) soit 11, 55 %.

Dans la 2eme, 92 cancers sur 1131 (dont 17 cas suspects) soit 8.12 %.

Mais, répétons-le, il existe des femmes *jeunes* dans cette statistique, dont il faut retenir la rare précision.

Lecène rapporte 5 cas de cancers du corps observés entre 41 et 51 ans. Mais il n'indique pas le pourcentage.

---

(1) Moulonguet : Diagnostic et trait. des hémorragies de la ménopause : *Rev. crit. de path. et de thérapeut.* 1933 Mars-Avril n° 10. Tome III. Page 825

(2) Tietze et Mayer : *La gynécologie*, Avril 1932. Page 240.

(3) Zweifel et Erwin : *Berichte f. gyn. u. geb.* 1930 S/531. H. g.

(4) Fania Rosenstein : *Strasbourg médical* XCIII. n° 22. 5 août 1933. Page 540.

J. Duval dans sa thèse rapporte dans ses 117 observations de cancer du corps 6 cas pendant la ménopause et 4 cas avant la ménopause, (1) mais aucune proportion par rapport aux lésions bénignes.

M. Claude Béclère (2) a étudié depuis 1925 par l'hystérographie (dont nous reparlerons) 38 cas de métrorragies à l'âge de la ménopause. Chez toutes ces malades qui ont été curettées ou opérées, l'examen histologique a pu être fait. Il trouve le cancer dans 10 % des cas.

Dans notre statistique personnelle, nous avons observé (vérifiés par l'examen macroscopique et microscopique) :

*4 cas sur 57. soit* 7 %. (obs. - (1)-(2)-(3)-(4)-).

2) Le fibrome sous-muqueux. Unique, assez souvent multiple, généralement petit. Contrairement au cancer, on attribue au fibrôme un rôle trop important, comme cause des métrorragies à l'âge de la ménopause. Cette erreur, nous l'avons déjà montré, vient de ce que l'on parle trop facilement d'utérus « *fibromateux* » ou « *scléreux* ». Il s'agit simplement, macroscopiquement, d'un utérus à parois épaissies, un peu gros. La muqueuse crie sous le couteau, apparaît blanchâtre, mais on ne trouve aucun nodule fibreux.

C'est justement l'aspect rencontré le plus souvent dans la plupart des utérus qui saignent et qui est la signature de troubles dystrophiques d'origine ovarienne : il s'agit, nous le verrons, *d'hyperplasie glandulaire bénigne* et non pas de fibrôme.

Nous avons trouvé un fibrôme net *dans 4 des 7 utérus* enlevés secondairement pour des métrorragies récidivantes après curettage, accompagnées de *ménorragies.*

Cliniquement, ces petits fibrômes sous-muqueux n'avaient pu être sentis. La curette ne les avait pas décélés non plus. Mais ces 4 malades avaient eu, avant leurs métrorragies, des *ménorragies* qui avaient augmenté progressivement. Ce sont, d'ailleurs, à peu près les seules qui aient eu ainsi, à la fois,

---

(1) J. Duval : Cancer primitif du corps de l'utérus. *Thèse Paris.* 1928. n° 216.

(2) Cl. Béclère : *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris.* n° 9. Nov. 1933. Page 749.

des règles progressivement croissantes avant leurs métrorragies, et qui aient en même temps, recommencé à perdre après curettage. Donc :

*4 cas sur 57, soit 7 %.* (obs. - (5)-(6) (7)-(8)-).

3) Le polype intra-utérin qui donne des hémorragies répétées, souvent abondantes : nous en avons observé :

*2 cas sur 57. soit 3,5 %.* (obs. - (9)-(10)-).

4) Les lésions salpingo-ovariennes sont quelquefois, à l'origine des métrorragies.

C'est, tantôt un *ovaire kystique*, tantôt une tumeur végétante de l'ovaire (1), tantôt une *salpingite*, le plus souvent double (on l'avait observé depuis longtemps) (2)

Dans notre statistique, sur 57 cas :

*1 cas de salpingite kystique, soit 1,8 %.* (obs. - (11)-).

*2 cas d'ovaires kystiques, soit 3,5 %.* (obs. - (12) (13)-

5) Enfin, il faut aussi penser à la possibilité d'une rétention placentaire méconnue que le curettage mettra en évidence.

Dans notre observation -(57)- l'hystérographie dirigeant le curettage avait permis de découvrir des débris placentaires consécutifs à une fausse couche ignorée. Plus tard la malade a eu un 2me curettage, pour métrorragies récidivantes dues à une lésion dystrophique.

En résumé, *l'ensemble des lésions chirurgicales* réunies dans notre statistique représente :

*13 cas sur 57, soit 22,8 %*

## B. — Metrorragies fonctionnelles

Ce sont les plus fréquentes. Ici il n'y a plus une lésion macroscopiquement évidente. Seul l'examen histologique de la muqueuse utérine permet d'isoler des lésions du type « *hyperplasie glandulaire bénigne* ». Cet aspect, nous l'avons vu,

---

(1) Bouilly : les Hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique : *La Gynécologie* 1905.

(2) Delespine : Métrorragies et affections annexielles : *Thèse de Paris* 1904-1905. n° 417.

n'a pas pour point de départ une lésion de l'utérus, mais est dû à une modification de la muqueuse résultant d'un trouble hormonal de l'ovaire.

De l'avis de beaucoup d'auteurs, ces *métrorragies fonctionnelles* constituent la majorité des métrorragies à l'âge de la ménopause.

Si James Young (1) prétend n'en avoir recueilli que 16 cas 72 curettés entre 40 et 50 ans, on trouve ailleurs un pourcentage bien plus élevé. Par ailleurs, c'est à cet âge que les métrorragies fonctionnelles apparaissent le plus souvent, ainsi qu'à la puberté.

Schroëder (2) dit : 82 % des cas observés s'étaient produits à la ménopause.

Halben et Leitz : dans les deux tiers des cas, il s'agit de femmes au moment de la ménopause.

Dans ses 2 statistiques rapportées plus haut, F. Rosenstein trouve : 86,86 % et 80,45 % de lésions bénignes.

Lecène a recueilli chez des malades de 40 à 50 ans, la plupart de ses pièces hyperplasiques.

M. Claude Béclère (3), dans sa statistique, apporte un pourcentage de 64 % de métrorragies fonctionnelles sur ses 38 cas de malades opérées ou curettées, en utilisant l'hystérographie.

Dans notre stastistique, nous avons trouvé sur 57 cas,

**44 fois des lésions bénignes**

d'hyperplasie glandulaire, vérifiées macroscopiquement ou histologiquement représentant

**77,2 %** *de la totalité des cas observés*

plus de 3/4 des cas de métrorragies à l'âge de la ménopause.

Il s'agit, dans la plupart des cas, de troubles ovariens, de

(1) James Young : *The British Médical Journal* : 20 déc. 1930 n° 3650, Page 1031.

(2) Rob Schroëder : *Zent, f. gyn.* Tome XLIV. n° 49, 4 déc. 1920. Page 401.

(3) Cl. Béclère : *Bull. soc. obst. et gyn de Paris* Nov. 1933. n° 9 Page 749.

dysfonctionnement hormonal, et les hémorragies qui en sont la conséquence correspondent à ce que les anciens désignaient sous le nom d' « hémorragies de la ménopause ». C'est à ce type de métrorragies que M. Cl. Béclère, au congrès de l'association des obstréticiens et gynécologues de langue française de Paris, en 1933, a proposé de donner le nom de *métrorragies fonctionnelles ovariennes et ménopausiques* (1).

Il a décrit un syndrôme clinique, histologique et physiologique correspondant à ce type de métrorragies :

*Physiologiquement*, c'est cette modification des hormones ovariennes qui détermine une modification de la muqueuse utérine.

*Histologiquement*, c'est l'hyperplasie glandulaire bénigne de la muqueuse qui sera décrite au chapitre de l'histologie.

*Cliniquement*, il s'agit d'un syndrôme bien particulier que nous détaillerons plus loin, avec les caractères physiques de l'hémorragie.

Nous allons seulement résumer ici les faits rapportés par l'interrogatoire, et la proportion de chaque variété de métrorragies fonctionnelles.

Chez *44 malades sur* 57, nous avons observé des métrorragies fonctionnelles.

*Soit : dans 77, 2 % des cas.*

1) Dans 25 cas nous avons trouvé un syndrôme clinique absolument typique de métrorragies *sûrement* ovariennes et ménopausiques.

*25 cas sur 57, soit : 43 %*

2) Dans 8 cas, le syndrôme clinique était moins net, mais il s'agit pourtant aussi, *probablement*, de métrorragies ovariennes et ménopausiques :

ce sont les obs. -(15)-(19)-(23)-(27)-(36)-(37)-(46)-(48)-

*8 cas sur 57 soit : 14 %*

3) Dans 5 cas, nous avons trouvé, soit au cours de l'exa-

(1) Gl. Béclère : *Bull. de la soc. obs. et de gyn. de Paris* n°. Nov. 1933. Page 748.

men physique un léger processus infectieux, soit à l'examen histologique une légère métrite. Ici l'origine est vraisemblablement une *infection* chronique ou subaigue :

ce sont les obs.-(25)-(28)-(40)-(45)-(55)-

*5 cas sur 57, soit : 9 %*

4) Dans 6 cas, enfin, l'examen clinique n'a pu faire préciser l'origine exacte de ces métrorragies s'accompagnant d'altération bénigne de la muqueuse utérine :

ce sont les obs.-(26) (31)-(38)-(43)-(44)-(49)-

*5 cas sur 57, soit : 11 %*

*
* *

## Métrorragies de cause extra-génitale

Il faut, enfin, dire un mot de ces métrorragies qui ne sont plus dûes à une lésion ou à un trouble d'ordre génital mais qui sont liées à des troubles de l'état général. Il faut toujours y penser quand on examine une femme qui perd, surtout au moment de l'âge critique où toutes les fonctions peuvent être troublées.

M. A. Siredey, (1) à plusieurs reprises, a insisté avec raison sur ces causes générales, ainsi que M. G. Moulonguet (2).

Tantôt il s'agit de malades *pléthoriques* avec tendance à l'obésité, porteuses de varices, arthritiques, ou ayant des signes d'insuffisance hépatique.

Tantôt, au contraire, ce sont des femmes maigres, pâles, avec ptoses viscérales, souvent atteintes d'appendicite chronique ou de poussées entéritiques.

Dans certains cas, les métrorragies sont nettement un épiphénomène au milieu d'autres troubles, en relation avec une hypertension artérielle, comme l'a bien montré Huchard

---

(1) Siredey : Discussion : *Bull. soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 9. Nov. 1933. Pages 754 et 755.

(2) Moulonguet : *Rev. crit. de patho. et de thér.* Tome III. Mars-avril 1933. Page 821.

(et dans ce cas les radiations sont contr'indiquées) ou avec une insuffisance cardiaque, un diabète ou une anémie pernicieuse.

Quelquefois — ce cas n'est pas rare — il existe des troubles de la « crase sanguine », des troubles de la coagulation dont la méconnaissance « peut entraîner des désastres » (Moulonguet).

Enfin, l'on connaît des métrorragies entretenues par l'opothérapie ovarienne intempestive.

C'est par un examen somatique, complet et méthodique qu'on arrivera à dépister ces causes extra-génitales. Mais souvent, elles sont difficiles à faire préciser et nous avons vu que dans 9 cas nous n'avons pu affirmer l'étiologie véritable de ces métrorragies.

Nous allons résumer, dans le tableau ci-joint les différentes causes de métrorragies que nous avons rapportées dans notre statistique ainsi que le pourcentage de chaque variété :

D'après cette statistique, à laquelle il faut attacher une certaine valeur, on voit la fréquence des métrorragies fonctionnelles par rapport aux métrorragies lésionnelles et surtout ce qui importe le plus *par rapport au cancer.*

Il s'agit, répétons-le, de toutes les métrorragies observées *comme seul symptôme* chez des femmes de 40 ans à la ménopause constituée. On conçoit combien il est facile devant chaque cas bien « étiqueté » de poser les indications thérapeutiques : le diagnostic de cancer exigera l'hystérectomie le plus rapidement possible : les troubles fonctionnels seront guéris, au contraire, par la radiothérapie et souvent même simplement par le curettage.

Tout le problème se résume donc à préciser ce diagnostic étiologique : s'agit-t-il d'une lésion maligne ? Tout est là.

Peut-on se fier, pour cela aux renseignements physiques ?

Les caractères de l'hémorragie suffisent-ils pour avoir une certitude ?

Le curettage explorateur et biopsique peut-il donner une sécurité ?

Autant de problèmes que nous allons envisager successivement.

CAUSES DES METRORRAGIES DE LA MÉNOPAUSE

*d'après nos 57 observations*

| VARIÉTÉS | Nombre de cas | | POURCENTAGE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cancers du corps | 4 | | 7 % | | |
| Fibromes sous muqueux | 4 | | 7 % | | |
| Polypes intra-utérins | 2 | | 3,5 % | | 22,8 % |
| Salpingite kystique | 1 | | 1,8 % | | |
| Ovaires kystiques | 2 | | 3,5 % | | |
| MÉTRORRAGIES LÉSIONNELLES | 13 | | 22,8 % | | |
| Métrorr. fonctionnelles *ménopausiques certaines.* | 25 | MM 33 | 43 % | 57 % | 77,2 % |
| Métrorr. fonctionnelles *ménopausiques probables.* | 8 | | 14 % | | |
| Métrorr fonctionnelles *infectieuses probables.* | 5 | | 9 % | | |
| Métrorr. de *cause inconnue* | 6 | | 11 % | | |
| MÉTRORRAGIES FONCTIONNELLES | 44 | | 77 % | | |
| | 57 | | 99,8 % | | 100 % |

DEUXIÈME PARTIE

# LES MOYENS DE DIAGNOSTIC

# Les moyens de diagnostic

En présence d'une femme présentant des métrorragies, à l'âge de la ménopause, le premier problème et le plus important à résoudre est celui de l'existence *du cancer*. C'est cette lésion qu'il faut toujours craindre et on mettra tout en œuvre pour la dépister. Ce ne sera qu'en étant sûr de sa non existence, qu'on aura le droit de rechercher les autres étiologies ;

Sur quels renseignements peut-on se baser pour faire un diagnostic sûr ?

*la recherche des antécédents ?*
*les caractères des métrorragies ?*
*les signes physiques ?*
*l'exploration endo-utérine ?*

## A — Les Antécédents

Ils seront toujours précisés par un interrogatoire méthodique.

1) *L'âge*. Si nous ne retenons que les 4 cas de cancer de notre statistique, nous trouvons :

obs. 1 : 52 ans
— 2 : 45 ans
— 3 : 42 ans
— 4 : 49 ans

Donc tous les âges entre 40 et 55 ans. L'âge n'a donc aucune valeur en faveur du cancer.

2) *Les grossesses*. Ces 4 malades cancéreuses avaient eu :

obs. 1 : 8 enfants
— 2 : 1 enfant
— 3 : 0 —
— 4 : 0 —

Parmi les cas bénins : 1 malade (obs. 41) a eu 11 enfants. 2 malades ont eu 6 enfants. D'autres n'en ont pas eu. La plupart de 1 à 3.

On ne peut donc pas non plus tirer de déduction de ces renseignements.

Nous ne ferons que signaler que 2 femmes sur 4 atteintes de cancer n'avaient pas eu d'enfants.

3) *Les règles.* Nous avons remarqué que les 4 cas de fibrôme observés ont été trouvés chez des femmes ayant accusé des *ménorragies progressivement croissantes* avant l'apparition des métrorragies et en même temps qu'elles. Ce renseignement est important en faveur du fibrôme, surtout si les ménorragies persistent après le curettage comme ce fut le cas dans nos 4 observations.

Par contre, la très grande majorité des femmes ayant présenté des métrorragies du type hyperplasie glandulaire bénigne étaient *très bien* réglées avant leurs métrorragies, ainsi que les femmes qui avaient un cancer du corps.

Deux femmes seulement avaient été curettées antérieurement pour fausse couche. Aucune n'avait fait d'infection puerpérale.

On ne peut donc faire de diagnostic sûr, d'après les seuls antécédents.

## — B — Les caractères des métrorragies

L'importance de l'hémorragie, sa continuité, la présence de caillots peuvent-elles aider au diagnostic ?

M. J.-L. Faure professe que les métrorragies franchement *périodiques*, bien rythmées sont plutôt en rapport avec un myome ou une sclérose utéro-ovarienne. Au contraire, toutes hémorragies *continues*, au moment de la ménopause, alors

qu'elles n'avaient pas existé autrefois, doivent être considérées comme suspectes.

Sans doute, dans nos observations de *cancer* :

— la 1re avait des métrorragies abondantes et de plus en plus abondantes ;

— la 2me perdait d'une façon continue depuis 9 mois et sans arrêt.

— la 3me perdait de plus en plus fréquemment et la 4me accusait des métrorragies continues et de plus en plus abondantes depuis 4 ans (on avait d'ailleurs, sur ce signe, fait un diagnostic clinique de présomption en faveur du cancer).

Mais on voit des cancers ne se révéler que par des métrorragies discrètes. Si donc, l'*importance* et la *continuité* des hémorragies peut être une présomption en faveur du cancer, *ce ne peut-être une certitude.*

De même, la longue durée des métrorragies ne doit pas permettre d'écarter le diagnostic de cancer, comme l'a bien montré M. Moulonguet, car il peut s'agir de lésions lentement évolutives. Notre observation 4 le prouve.

*Le fibrôme*, qui se révèle le plus souvent par des ménorragies isolées, peut se traduire aussi, par des métrorragies précédées et accompagnées de ménorragies. Dans nos 4 obs. cette association s'est retrouvée.

*Le polype* donne aussi des hémorragies souvent profuses et abondantes.

Au sujet des **métrorragies fonctionnelles ovariennes et ménopausiques** nous avons dit que M. Cl. Béclère avait décrit un syndrôme clinique bien particulier et qui serait caractéristique de ces hémorragies irrégulières de la ménopause. On peut le résumer ainsi :

1) *Le début brusque.* La femme était antérieurement bien réglée ; c'est d'une façon subite qu'elle est « déréglée » et ne peut plus reconnaître ses règles normales. Ce caractère est capital ainsi que le fait que les règles antérieures étaient toujours régulières et d'abondance normale.

2) *Il y a des périodes d'aménorrhée complète.* Celles-ci pou-

vant durer 2 et 3 mois de suite, traduisent bien l'existence d'un trouble ovarien. On ne retrouve pas ce caractère dans le cancer du corps ni dans le fibrome ni dans les polypes.

3) *L'alternance irrégulière des périodes de métrorragies et des périodes d'aménorrhée* signe le trouble de la fonction ovarienne qui existe, avant sa disparition définitive. Ces périodes durent quelquefois 8 à 10 jours, quelquefois 4 semaines, quelquefois 2 mois, mais sont toujours variables.

Quand ce syndrome est au complet, il est caractéristique des troubles de la fonction ovarienne sur le point de disparaître. Nous l'avons recherché chez *nos 44 malades* qui n'avaient pas de métrorragies lésionnelles :

Nous l'avons trouvé, *typique dans 25 cas sur 44*
et *moins net dans 8 cas sur 44*

En tout, dans *33 cas sur 44* dans *75 %* des cas de métrorragies fonctionnelles, nous avons pu présumer de l'origine ovarienne et ménopausique, avant la confirmation par l'examen histologique ;

C'est-à-dire dans *57 %* de l'ensemble des cas observés.

Toutes les fois que l'on trouve ce syndrôme clinique, on peut dire qu'il est en faveur de troubles d'origine ovarienne. Il ne doit pas faire éviter, cependant, le curettage biopsique.

Il faut ajouter que ces métrorragies ovariennes qui se manifestent comme une viciation ou une exagération des phénomènes menstruels peuvent s'accompagner de phénomènes en tous points semblables à ceux qui accompagnent la menstruation normale : (sensation de pesanteur pelvienne, un peu d'écoulement leucorrhéique prémonitoire) : *c'est la traduction de la congestion pelvienne.*

En résumé, les modalités de l'hémorragie doivent toujours être précisées. Si quelquefois elles peuvent attirer l'esprit vers une cause plutôt que vers une autre ; si le syndrome clinique permet de penser presque sûrement « à cette dysharmonie qui règne dans le système endocrinien de l'ovaire » (1), elles ne

---

(1) J.-B. Kower : *gynécologie et obstétrique.* 1922. V. page 402.

doivent pas suffire à faire repousser le curettage explorateur : *Ce sont des signes de présomption : ce n'est pas une certitude.*

### — C — Les signes physiques

L'examen physique ne peut pas donner de renseignements utiles pour le diagnostic étiologique. Le *toucher vaginal* est fait avec soin pour éliminer les hémorragies d'origine vaginale ou cervicale. Mais nous n'avons envisagé que les cas où seules des métrorragies constituaient un trouble.

Le col est normal de forme et de consistance, il peut être entr'ouvert.

L'utérus est généralement *un peu gros*, mais régulier, sans bosselure : sa consistance est normale. Il est indolore.

On ne devra donc pas affirmer l'existence d'une lésion organique sur le seul fait que l'utérus est un peu gros. Dans les hémorragies d'origine ovarienne, l'examen endo-utérin montre presque toujours une *cavité agrandie* à l'hystéromètre, à parois épaisses. Les annexes sont normales et nous n'avons pas envisagé les cas où une tumeur ou une inflammation annexielle avait été perçue au toucher vaginal.

*Au spéculum*, un col qui saigne : ce qui permet de dire qu'il existe une lésion endo-utérine, mais pas de préciser sa nature. Quelquefois, l'existence de pertes blanches plus ou moins abondantes en même temps que le sang, est en faveur d'une origine inflammatoire ou néoplasique.

En somme, ni les antécédents, ni les caractères cliniques de l'hémorragie, ni les signes physiques ne sont assez probants pour affirmer nettement la cause de ces métrorragies. Seule l'exploration endo-utérine permettra de le faire.

### — D — Exploration endo-utérine

Nous ne faisons que citer le *toucher vaginal sous anesthésie.* Bien souvent ce sera seulement quand la femme sera endormie pour un curettage que l'on pourra examiner avec soin l'état, la forme, la consistance et la mobilité de l'utérus et vérifier l'état des annexes.

M. Cotte, dans son livre, préconise *l'exploration digitale intra-utérine* (1). Or, sans parler du danger d'infection que ce mode d'examen peut causer, on peut ajouter que, précisément, ces muqueuses villeuses, fongueuses et friables, traduisant les lésions bénignes, peuvent ressembler, au toucher et même à l'œil nu, à un néoplasme végétant.

Nous parlerons successivement :

— *du curettage biopsique.*

— *de l'examen histologique.*

— *de l'hystérographie.*

---

(1) Cotte : *les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, 1931, Paris, 1 vol.

CHAPITRE PREMIER

# Le curettage biopsique

Le curettage explorateur et biopsique est une méthode qui a été très discutée. Déjà ancienne, elle a été l'objet de controverses de la part d'auteurs les plus compétents. Certains le considèrent comme inutile, d'autres le trouvent dangereux, d'autres encore jugent qu'il est infidèle. Nous répondrons à ces objections successivement :

## 1) Discussions au sujet du curettage

M. J.-L. Faure est l'un des plus grands détracteurs de cette méthode dont il dit, à plusieurs reprises, en la condamnant : « qu'elle est plus nuisible qu'utile et rend de mauvais services » (1).

Il en est de même de MM. Cadenat qui parle du « danger d'une biopsie négative » (2), Pauchet, Léo, Tixier et Pollosson qui condamnent, généralement, même l'hystérométrie, la dilatation du col et l'hystérographie ; Ducuing également.

Cependant, certains d'entre eux autorisent *dans certains cas*, quand il n'y a pas soupçon de cancer, le curettage au moment de la ménopause. Tixier et Pollosson s'appuyant sur la thèse de J. Duval, qui n'a relevé que 6 cas de cancer du corps au moment de la ménopause sur 117, essayent de démontrer l'inutilité de la méthode.

Damblin, par contre, abandonne le curettage quand il soupçonne le cancer cliniquement.

Parmi les nombreux auteurs qui préconisent les avantages du curettage biopsique, il faut citer :

(1) J.-L. Faure : *Presse Médicale*, 24 mai 1930, n° 42. Page 705.
(2) Cadenat : *L'Hôpital*, avril 1930, n° 260 bis. Page 252.

M. Moulonguet et Mlle. Gasne (1) « à l'âge de la ménopause, le curettage biopsique est actuellement nécessaire avant de décider le traitement des métrorragies ».

Petit-Dutaillis, Stierlin, Novak, Tietze et Mayer, Villard, Violet, Burger ont défendu cette méthode.

Mériel (2) admet qu'à la ménopause « seule la biopsie peut dépister un néoplasme du corps ».

Muret (3) insiste sur la « valeur thérapeutique du curettage à condition d'être bien fait et complet ».

Cependant, ajoutons que dans l'ensemble, beaucoup d'auteurs qui discutent l'utilité de cette méthode de diagnostic, en général, l'admettent dans le cas que nous étudions (J. Duval)(4)

Avant de répondre aux objections qui ont été formulées contre le curettage biopsique, nous allons insister sur la *technique* telle qu'elle a été régulièrement utilisée dans le service du Docteur Jean Quénu.

## 2) Technique du curettage

Nous estimons, en effet, qu'en utilisant une méthode précise appliquée systématiquement dans tous les cas, on peut répondre aux objections avancées contre le curettage : notamment, le danger invoqué dans cette pratique et son infidélité.

Notre statistique éloignée reste le meilleur argument.

Voici la technique telle qu'elle a été pratiquée chez nos malades.

Tout d'abord, nous pensons que le curettage explorateur et biopsique doit être pratiqué *comme une intervention chirurgicale* avec toutes les précautions d'asepsie ordinaires, (champs stériles, col iodé, gants stérilisés). Nous ne pratiquons jamais de prélèvement extemporané, mais exigeons l'hospitalisation des malades pendant 2 à 4 jours.

a) l'emploi de l'*anesthésie générale* est dans la règle souhai-

---

(1) Monlonguet et Gasne : *Bull soc. obst et gyn Paris.* mai 1933

(2) Meriel : *Toulouse Médical*, 1 oct 1931 n° 19 page 692.

(3) Muret : *Rev. med de la Suisse Romande*, 10 Mars 1931. t. XLI. n°3. Page 129.

(4) Duval : *Thèse Paris* 1928. Page 65.

table, pour que l'intervention se fasse sans hâte, régulièrement, avec soin et avec méthode.

b) on fait le *toucher combiné au palper*, qui, bien souvent, renseigne sur la consistance et la position d'un utérus qu'on a pu mal sentir à un examen ordinaire.

c) *l'hystérométrie* est toujours pratiquée. Elle a l'avantage, d'abord de renseigner sur l'allongement fréquent de la cavité utérine, ensuite, de repérer la direction de cette cavité.

d) la *dilatation du col* est faite aux bougies de Hégar, lente, progressive, assez large pour passer une curette moyenne (généralement on passe jusqu'aux n$^{os}$ 10 et 15). Dans quelques cas la dilatation a pu être faite par laminaires. Mais cette méthode est actuellement abandonnée, d'autant qu'elle peut être cause d'accidents infectieux par rétention.

e) *le curettage proprement dit* :

On explore l'intérieur de l'utérus d'une façon *suffisante* et *très méthodique*. Pour être sûr de ne laisser échapper aucune portion de la muqueuse, on curette avec soin, la face antérieure, puis la face postérieure, puis chacun des deux bords, enfin les deux cornes.

Nous insistons sur cette précaution capitale : *aucune zône de la cavité ne doit rester inexplorée.*

Il faut manier la curette prudemment, *sans violence*, surtout si l'on sent des bourgeons friables. On fait enfin un *râclage de révision.*

La malade reste dans le service 2 à 5 jours après le curettage. L'injection intra-utérine iodée est facultative. De toutes façons : 2 compresses vaginales enlevées le lendemain.

Quelquefois le passage de la curette est difficile au niveau de l'isthme : on peut même trouver une sténose de l'isthme comme l'a bien montré *Cotte* (1) : c'est encore une raison de pratiquer l'anesthésie générale.

Déjà avec une certaine pratique, on arrive à localiser une lésion suspecte : les sensations transmises par la curette et

---

(1) Cotte : *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.* 1931. Paris. 1 vol.

qu'une expérience répétée fait interpréter, permettent d'explorer avec plus de soin une zône plus molle et plus friable.

Les débris recueillis ne doivent pas être triturés ni écrasés. On les dépose soigneusement sur une compresse à portée de la main de l'opérateur. Le sang est absorbé par la compresse : et les débris s'étalent à la surface.

1) quand il y a des *bourgeons néoplasiques* : avec une certaine habitude, on peut les reconnaître : ils restent gros et forment une masse blanchâtre plus ou moins épaisse.

2) quand il n'y a que des *débris de muqueuse hyperplasiée*, celle-ci s'étale et se dissocie facilement.

3) quand la curette ramène des *caillots sanguins* assez gros qui peuvent contenir des débris de muqueuse, on les met dans du sérum physiologique : le sang se sépare alors facilement des débris qui persistent.

Il faut savoir que les caillots sanguins peuvent gêner considérablement l'examen microscopique et il faut toujours les dissocier ainsi, en posant le contenu de la curette, soit sur une compresse, soit dans du sérum physiologique.

Les fragments sont ensuite immergés dans du liquide de Bouin qui fixe très bien la préparation qui sera ensuite facilement colorée à l'hématine-éosine, au laboratoire.

En résumé, pour faire un curettage biopsique à la fois sans danger, fidèle et utile, nous préconisons :

a) une anesthésie générale.

b) une dilatation assez large aux bougies.

c) un curettage prudent, complet et méthodique.

d) une séparation extemporanée des fragments à examiner, des caillots sanguins qui les entourent.

Avec cette technique systématique, nous n'avons pas observé d'ennui grave et la curette n'a pas laissé échapper de cancer du corps au début.

Nous allons passer en revue les objections qui ont été formulées contre le curettage et nous verrons comment on peut y répondre.

### 3) — Critiques du curettage

A — Ses dangers

Beaucoup d'auteurs refusent le curettage a cause des dangers qu'il ferait encourir. Parmi les principaux invoqués, il faut retenir :

a) les perforations

b) la dissémination des cellules cancéreuses

c) les infections péri-utérines.

a) *les perforations.*

Les cas rapportés de perforation utérine au cours du curettage biopsique sont assez rares. On trouve notamment :

un cas cité par Tixier dans la thèse de son élève Hervé (Thèse Lyon 1929)

deux cas rapportés, l'un par Bardon et Matey Cornot (1) l'autre, par Lefèbvre (2)

un cas signalé par Pauchet (3) à la société des chirurgiens de Paris, en 1928.

Dans aucun cas il n'y a eu d'accident grave après la perforation. De toute façon, dans les cas graves, l'hystérectomie immédiate est la meilleure solution, pour éviter la péritonite septique diffuse, l'hémorragie, ou la dissémination des cellules cancéreuses loin de l'utérus.

Sans doute tous les cas de perforation ne sont pas publiés. Mais, dans notre statistique : sur 49 curettages (nous comptons les cas de double curettage) nous n'avons jamais eu de perforation. En somme, le danger de perforation — en dehors de la faute grave de l'opérateur — n'existe vraiment que dans le cas de *cancer du corps très avancé* : les différentes couches utérines sont molles, friables et diminuées d'épaisseur. Mais dans ce cas, le premier coup de curette ramène des débris non douteux : il suffit donc d'être prudent dès le premier coup de curette.

---

(1) *Soc. de gyn. et obstétrique de Bordeaux.* 27 février 1923.

(2) Lefèbvre : *Toulouse Médical.* N° 19, 1 oct. 1931. Page 684

(3) Pauchet : *Bull. et mém. des chirurgiens de Paris.* 2 nov 1928. t. XX. n° 14. P. 726.

Ainsi, le diagnostic clinique exact aura pu être porté et l'examen histologique ne fera que confirmer cette impression.

En somme, ce reproche formulé par MM. J.-L. Faure (1). Pauchet (2) Léo, (3), Tixier et Pollosson (4), ne doit pas être fait à la méthode mais à une erreur de technique.

b) *la dissémination des cellules cancéreuses.*

Quelques auteurs citent des cas de localisation secondaire au vagin ou dans le paramètre : Tesson rapporte 4 cas sur 31 cancers du corps.

Léo, J. Duval (5) citent des observations qui ont presque toutes trait à des métrorragies post-ménopausiques.

Nous n'avons pas observé, pour notre part, de greffes néoplasiques dûes au curettage. D'ailleurs, 48 heures suffisent pour la préparation histologique d'aussi petits fragments que ceux que l'on prélève dans ce cas. Et, en cas de cancer, la malade peut être opérée en moins de trois jours.

c) *les infections péri-utérines*

Sur 49 curettages, nous en avons observé 1 seul cas :

*Obs 11* : Femme de 46 ans. Vient le 28 mars 1930 pour métrorragies et *pertes blanches* depuis 1 mois et 1/2. On fait un curettage biopsique le 1er mai 1930, l'examen histologique montre une *métrite aigüe congestive* (Letulle). 5 jours après le curettage, la température est à 40° avec frisson, ventre douloureux ; au toucher : grosse masse salpingienne droite ; glace sur l'abdomen. Propidon. 8 jours après le propidon. la température est tombée à 37°. La masse annexielle diminue de volume. On fait une hystérectomie subtotale le 11 juin pour pyosalpinx droit et gauche. Le lendemain : 39°. Puis descente en lysis. Sortie le 27 juillet 1930. Revue en sept. 30, en bon état. Revue ensuite le 16 février 34 : en excellente santé.

C'est le seul incident infectieux que nous ayons enregistré pendant 8 ans.

---

(1) J-L. Faure : *Presse Médicale* 24 mai 1930. n° 42, Page 705.
(2) Pauchet : *Presse Médicale* nov, 1928. n° 94, Page 1508.
(3) Léo : *Presse Médicale* déc. 1928. n° 96
(4) Tixier et Pollosson : *Lyon chirurgical*, janv. 1931. t XXVIII. nc. 1. Page 94-107.
(5) J. Duval : *Thèse Paris* 1928. n° 216. Page 30.

M. Siredey (1) signale ces accidents d'une réelle gravité qui surviennent après un curettage : « pour des organes infectés ». D'où sa conclusion de « n'employer le curettage qu'avec prudence et discernement ».

C'est ainsi que nous le déconseillons formellement quand on aura affaire à un utérus infecté ou à une salpingite suspectée ; ou même simplement quand on trouvera une sensibilité anormale des culs-de-sac. Peut-être dans ce cas, y aurait-il indication de faire du vaccin avant le curettage.

De toutes façons, s'il existe des masses annexielles évidentes, nous conseillons l'hystèrectomie d'emblée, sans curettage préalable.

B — Ses omissions.

On a prétendu que le curettage biopsique était *infidèle*, soit que la curette ramenât des débris de muqueuse saine, passant à côté d'un néoplasme caché dans une corne utérine, « soit que le débris prélevé soit insuffisant pour être examiné histologiquement, d'une façon correcte ». (2)

Muret de Lausanne (3) raisonne de même, affirmant « qu'un noyau très limité d'épithélioma peut échapper à la curette ».

Pour M. Cadenat (4) « la certitude n'existe que si la biopsie est indiscutablement positive : il ne faut ajouter qu'une valeur très restreinte à une réponse négative ».

Ce reproche ne doit pas être dédaigné : un curettage mal fait, ou fait dans de mauvaises conditions peut laisser échapper une lésion maligne.

C'est pourquoi nous préconisons l'anesthesie générale, une dilatation suffisante et un curettage *complet* et *méthodique* de toute la cavité utérine.

Quand l'exploration à la curette sera difficile, toutes les fois qu'on soupçonnera un utérus fibrômateux, on pourra adjoindre au curettage une hystérographie au lipiodol, telle que

(1) Siredey : *Bull. soc. obst. et gyn. Paris.* n° 10. déc. 1933. Page 822.
(2) Brocq et Chabrut : *La Médecine.* avril 1930. n° 5. Page 286.
(3) Muret : *Rev. méd. de la Suisse Romande.* 10 mars 1931. t. XLI. n° 3. Page 129.
(4) Cadenat : *l'Hôpital.* avril 1930 n° 260 bis. Page 252.

nous en reparlerons. Cette épreuve, précédant le curettage montrera la lésion suspecte et dirigera la curette. (Cette méthode a été employée 8 fois).

Enfin, et nous insistons sur ce fait, si on ne peut faire un examen endo utérin *complet* et *méthodique*, pour être sûr de ne pas laisser inaperçue une lésion maligne, on fera une hystérectomie d'emblée.

On agira ainsi d'ailleurs quand on soupçonnera une tumeur des ovaires ; cas très rare puisque M. le Pr Hartmann prétend que les tumeurs ovariennes ne donnent des hémorragies que dans 1 cas sur 4. Néanmoins il faut reconnaître que c'est là une critique plausible.

En fait, nous pouvons répondre avec notre statistique déjà détaillée. Rappelons que dans nos observations :

38 *fois* : le curettage n'a montré que des lésions bénignes. Dans ces 38 cas :

*8 fois* il fut fait une *hystérectomie secondaire* pour récidive des hémorragies : on n'a pas trouvé de cancer sur les pièces opératoires...

*29 fois* : (1 malade n'a pu être retrouvée) les malades n'ont pas été opérées mais ont été *suivies toutes jusqu'à guérison*,

Toutes ont été revues après le curettage et récemment, apres *guérison complète* (1 seule est décédée 4 ans après le curettage, de maladie indépendante de ses troubles génitaux. Mais un an avant sa mort, ses règles et métrorragies avaient disparu).

*On peut donc affirmer qu'aucun cancer du corps n'a échappé au curettage* : fait capital, confirmé par F. Rosenstein dans ses deux statistiques, qui affirme que « sur des centaines de cas, pas une seule fois, soit l'hystérectomie, soit l'évolution ultérieure ne sont venues démontrer que le microscope ait laissé échapper un cancer » (1). Cette conclusion concorde avec les faits que nous rapportons.

---

(1) F. Rosenstein : *Strasbourg Médical*. août 1933, n° 5. Page 539.

### C — Erreurs de l'histologiste.

Si le curettage pratiqué correctement ne doit pas laisser passer de cancer, faut-il penser que le laboratoire ne donnera pas de réponse erronée ? Nous avons 5 observations (obs.-(12)-(15)-(19)-(43)-(44) dans lesquelles, l'histologiste avait répondu à tort : épithélioma. Ces 5 malades ont été opérées : l'examen de la pièce opératoire n'a pas confirmé le diagnostic du laboratoire.

Nous verrons plus loin, qu'il s'agit, dans certains cas douteux, de tendances personnelles de la part des histologistes.

Certaines coupes sont suspectes et il n'est pas toujours facile de conclure nettement. Mais il y a intérêt à ce que le chirurgien et l'histologiste restent en rapports étroits l'un avec l'autre.

*L'histologiste* saura utiliser les renseignements cliniques que l'opérateur ne devra pas manquer de lui communiquer.

Inversement, le chirurgien saura émettre ses doutes devant une coupe déclarée suspecte.

C'en est assez, à notre avis, pour autoriser à opérer. S'il s'agit d'une réponse nettement en faveur d'une lésion bénigne ou d'une lésion maligne, la thérapeutique est facile à instituer.

S'il s'agit d'une réponse laissant subsister le moindre doute, on devra agir au mieux des intérêts de la malade et faire comme s'il s'agissait d'un néoplasme.

Nous pensons qu'avec cette ligne de conduite basée sur une étroite collaboration de la clinique et du laborotoire, on puisse réunir les plus grandes chances de sécurité, quant aux renseignements histologiques du curettage biopsique

### D — Autres critiques faites au curettage.

a) MM. J-L. Faure, Ducuing et Pauchet reprochent encore à cette méthode *de reculer l'opération*, ce qui est grave en cas de cancer.

Nous répèterons qu'en général, le laboratoire peut donner

une réponse au bout de 48 heures. Et l'hystérectomie, pour cancer affirmé histologiquement, peut suivre de trois jours seulement le curettage révélateur. On ne peut prétendre à une évolution fâcheuse du cancer pendant des périodes aussi peu importantes.

b) Mais alors, répond-on, on oblige la malade à *subir 2 interventions*. Cette critique ne peut guère s'appliquer dans les cas de curettage avant la ménopause : le cancer est trop rare à cet âge pour qu'on puisse hésiter à éviter l'hystérectomie dans 93 % des cas (d'après notre statistique) à des malades qui n'ont pas de tumeur maligne.

c) Enfin, il empêcherait l'emploi de la *voie vaginale* pour l'hystérectomie. C'est là une question de doctrine que nous n'avons pas à envisager : il nous semble cependant qu'on ne puisse conseiller cette voie que quand la voie abdominale est contr'indiquée ou impossible ; ou bien au contraire, quand le vagin est particulièrement large ou que la femme accuse un prolapsus marqué : (*obs. 7*).

En somme, le curettage biopsique est une méthode, qui *sans être absolument infaillible*, donne des résultats intéressants.

L'étude de nos observations prouve qu'il n'a pas été dangereux et qu'il a été exact dans nos 38 cas affirmés bénins.

C'est donc une méthode qui doit être utilisée pour préciser le diagnostic étiologique des métrorragies. Elle est d'autant plus précieuse que l'expérience permet de lui attribuer, en outre, un rôle thérapeutique.

### 4) Résultats thérapeutiques du curettage

L'expérience montre qu'assez souvent le curettage, lorsqu'il n'a pas démontré l'existence d'une lésion maligne, suffit pour faire disparaître les métrorragies et déclenche même dans certains cas, la ménopause naturelle.

C'est l'avis de beaucoup d'auteurs, notamment Villard

(1), Kower (2). Certains même sont partisans d'un second curettage.

M. Siredey l'autorise (si on est sûr de l'absence de cancer) dans un but thérapeutique : « Si le résultat est négatif, il faut le recommencer si les pertes de sang persistent ; souvent alors le curettage constitue le traitement de choix » (3).

Si nous reprenons l'exposé de notre statistique, nous pouvons résumer ainsi les *résultats thérapeutiques* du curettage dans nos observations :

Retenons les 38 cas où le curettage n'a montré que des lésions bénignes (moins 1 malade non retrouvée) soit : 37 cas.

Sur ces 37 cas nous avons noté que :

21 fois, les métrorragies ont disparu.

12 fois, les métrorragies ont récidivé.

3 fois, il y a eu d'abord amélioration, puis guérison.

1 fois, il y a eu des accidents infectieux après curettage.

Si nous éliminons ce dernier cas, nous voyons qu'il existe deux groupes de malades dans ces 36 observations :

a) les malades demeurées guéries, n'ayant pas eu d'autre traitement :

*24. soit : les 2/3*

b) les malades dont les hémorragies ont récidivé :

*12. soit : les 2/3*

A. Malades demeurées guéries : Ces 24 malades peuvent se diviser en deux catégories :

a) *la première catégorie* comprend 12 malades (la moitié) *chez qui la ménopause est survenue, définitive* :

α) soit immédiatement après le curettage

| *obs.* | *âge* |
|---|---|
| (17) | 49 ans |
| (23) | 52 — |
| (24) | 46 — |
| (54) | 47 — |

(1) Villard : *Lyon chirurgical*, t. XXVIII, janv. 1931, n° 1, Page 104.
(2) Kower : *Gynécologie et obstétrique*, 1922, V. Page 402.
(3) J. L. Faure et Siredey : *Traité de gynécologie médico-chirur.* 1928, 4e édition, page 1081.

β ) soit après un retour momentané des règles normales.

| | |
|---|---|
| (9) | 49 ans |
| (20) | 45 — |
| (30) | 48 — |
| (39) | 55 — |
| (53) | 53 — |

γ ) soit après une amélioration suivie de ménopause définitive :

| | |
|---|---|
| (32) | 48 ans |
| (36) | 45 — |
| (52) | 46 — |

Or, l'âge de ces 12 malades varie de 46 à 52 ans. D'autre part, chez la plupart on trouve le syndrome clinique symptomatique des métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne et ménopausique tel que nous l'avons décrit d'après M. Cl. Béclère.

b) *La deuxième catégorie* comprend aussi 12 malades, *chez qui les règles sont revenues régulièrement* en même temps que les *métrorragies avaient disparu* :

| *obs.* | *âge* | *obs.* | *âge* |
|---|---|---|---|
| (22) | 53 | (40) | 43 |
| (25) | 41 | (42) | 47 |
| (26) | 41 | (45) | 41 |
| (28) | 40 | (48) | 43 |
| (33) | 42 | (55) | 40 |
| (38) | 42 | (56) | 41 |

Ces malades ont presque toutes entre 40 et 43 ans.

2 seulement sur 12 ont respectivement 53 et 47 ans.

Or, dans ces 12 malades, nous retrouvons les 5 cas de notre statistique globale où il existait des signes nets d'infection génitale chronique (obs. (25), (28), (40), (45), (55).

Ainsi donc, on voit qu'on peut opposer ces deux catégories de malades :

1° d'une part : des femmes *âgées*, entre 46 et 52 ans, présentant cliniquement des hémorragies typiques de la ménopause et chez qui le curettage, non seulement guérit les mé-

trorragies, mais fait disparaître les règles plus ou moins immédiatement.

2° par ailleurs : des femmes *nettement plus jeunes*, entre 40 et 43 ans, dont 5 présentent des signes d'infection génitale chronique et chez qui le curettage guérit les métrorragies mais ne fait pas disparaître les règles.

B. Malades dont les métrorragies ont récidivé : dans 12 cas, le curettage n'a pas arrêté les hémorragies :

a) 2 malades ont été traitées par le *Radium* ou les *Rayons X*.

b) 6 ont été *hystérectomisées secondairement*. Parmi celles-ci 4 avaient récidivé probablement à cause de la présence de fibrômes trouvés à l'intervention.

c) 4 ont eu un 2me *curettage*. Parmi ces 4 malades :

2 ont eu leur ménopause :

| *obs.* | *âge* |
|---|---|
| (21) | 50 ans |
| (57) | 45 — |

1 a été améliorée :

obs. (29), 42 ans.

1 a récidivé encore et fut hystérectomisée :

obs. (46), 47 ans.

La conclusion est que dans les 2 3 des cas (24 sur 36) le curettage biopsique a eu un *effet thérapeutique* et a dispensé de tout autre traitement.

*
* *

En résumé, nous croyons avoir pu démontrer que le curettage explorateur, contrairement à beaucoup de préjugés, tel que nous le pratiquons, peut être fait sans risques. Quand il est bien fait :

a) il n'est pas dangereux.

b) il ne laisse pas de cancer passer inaperçu.

c) il permet de préciser le diagnostic étiologique.

d) il est souvent thérapeutique dans les métrorragies fonctionnelles.

C'est la seule méthode qui permette de faire un examen direct de la muqueuse, en prélevant in situ des fragments de

l'organe qui saigne. C'est aussi l'opinion de M. Moulonguet et Mlle Gasne, (1) :

« *à l'âge de la ménopause le curettage biopsique est actuellement nécessaire avant de décider le traitement, radiothérapique ou curiethérapique des métrorragies.* »

C'est aussi le seul moyen de dépister le cancer du corps au début : nous avons vu que la recherche des antécédents de la malade, les modalités des hémorragies, les signes physiques, n'avaient aucune valeur. C'est pourquoi il faut utiliser la seule méthode qui, sans doute, n'est pas absolument infaillible, mais qui permet de donner l'exactitude la plus grande, dans la recherche des causes des métrorragies, à l'âge de la ménopause.

L'étude de nos faits cliniques observés et suivis pendant 9 ans et 1/2 en est la meilleure démonstration.

Et nous pourrons conclure avec Mme F. Rosenstein (2) :

« Le diagnostic purement clinique est impossible dans un grand nombre de cas, notamment dans le cancer du corps tout à fait au début. L'examen histologique est le seul moyen qui puisse donner une certitude quasi absolue 48 heures après la 1ere métrorragie. Il permet de gagner du temps et nous estimons que la précocité du diagnostic est l'arme la plus utile dans le lutte contre le cancer. »

---

(1) Moulonguet et Gasne : *Bull. soc. obst. et gyn. Paris*. mai 1933.

(2) F. Rosesntein : *Strasbourg Médical* XCIII année n° 5, août 1933. page 542.

CHAPITRE DEUXIÈME

# L'Examen Histologique.

Le diagnostic précis est fait par l'examen histologique.

Celui-ci est capital, puisque c'est de lui que dépend en dernier lieu le moyen thérapeutique à instaurer.

Mais, si cet examen est important en matière de métropathies, il est en même temps un des plus délicats qui se puissent présenter à l'histologiste : il exige une parfaite connaissance des lésions que peut présenter la muqueuse utérine à la ménopause et demande des précisions cliniques qui doivent accompagner les fragments envoyés au laboratoire, (âge de la malade, nombre de grossesses, importance des hémorragies).

Nous avons vu que ces fragments de muqueuse devaient être suffisants et prélevées, si possible, en plusieurs endroits de l'utérus.

Il faut,en effet, opposer la *coupe en profondeur* de la biopsie du col prélevée au niveau de la lésion même, à la *coupe en surface*, véritable produit de ràclage de la muqueuse, de la biopsie du corps. Dans le premier cas : l'examen est facile ; il est délicat dans le second.

Une autre raison de la difficulté de l'examen microscopique réside dans *l'absence totale d'orientation* des produits de curettage. En somme, répétons-le, seul un curettage *complet, méthodique*, fait dans de *bonnes conditions*, pourra faciliter la tâche de l'histologiste et augmenter les chances de certitude dans la réponse du laboratoire.

Le premier but de l'histologiste, comme du clinicien, est de *dépister le cancer* ; dans certains cas, la lecture de la coupe est facile et les lésions glandulaires malignes s'oppposent net-

tement aux lésions bénignes. Dans d'autres cas, l'interprétation est difficile et certaines lésions bénignes peuvent ressembler au cancer : l'erreur inverse est plus exceptionnelle.

Dans nos observations, 5 fois répétons-le, l'histologiste avait répondu : lésion maligne ou suspecte.

On a opéré. Il s'agissait de lésions glandulaires bénignes.

Par contre, *aucun cas de cancer n'a été méconnu par l'examen histologique* : ce qui est capital.

## A. — Cas faciles

a) *Le cancer du corps* est, dans l'immense majorité des cas, un *épithélioma cylindrique atypique* ; les cellules des glandes ont perdu le type cylindrique haut, pour prendre un aspect cubique ou plus atypique encore. *Il n'y plus de vitrée basale* et elles reposent directement sur le tissu conjonctif périphérique. Le noyau est très déformé, irrégulier, bosselé, avec souvent, des segmentations irrégulières, quelquefois des cellules géantes. Ces lésions « tendent plus en largeur qu'en profondeur » (1).

Le curettage est donc suffisant.

b) *Les lésions glandulaires bénignes* sont représentées par ce que l'on appelle couramment *l'endométrite*. Les anciens auteurs expliquaient les hémorragies utérines par cette notion d'endométrite.

Pozzi en 1899, Siredey en 1902 et Pichevin en 1904 décrivaient des lésions vasculaires à l'origine de ces métrorragies.

D'autres, Richelot, puis Doléris les expliquaient par le fait que « ces utérus étaient congestifs et scléro-arthritiques ».

Ce n'est qu'en 1912, avec Forgue et Massabuau, qu'est décrite cette lésion des glandes de la muqueuse : *l'hyperplasie muqueuse*. Ces auteurs (2) affirment que la lésion utérine n'est nullement par elle-même la cause des hémorragies, mais les accompagne. « Cette altération de structure ne se rattache à aucun processus infectieux ou néoplasique, mais se rapproche

---

(1) J-L. Faure et Siredey : *Traité de gynécologie*. 1928 1e édition. p. 1073.

(2) *Presse Médicale* : 18 sept 1912. p. 793,

beaucoup de certains aspects des cycles évolutifs normaux de l'endomètre ».

La plupart des pièces anatomo-pathologiques de Lecène se rapportant à ce processus concernent des femmes de 40 à 50 ans, donc à l'âge de la ménopause.

— *Macroscopiquement* :

Ces utérus ont une grande cavité, le parenchyme se laisse couper facilement et ne crisse pas sous le couteau comme du tissu scléreux. La *muqueuse* est très épaissie, tuméfiée, molle, de couleur rose ou rouge vif, prenant l'aspect gélatineux et formant des replis. Ce tissu *fongueux* en abondance serait caractéristique, à lui seul, pour certains. (Emil Novak (1)).

Parfois les parties épaissies seulement par endroits sont séparées par des dépressions plus ou moins profondes et font saillie à l'intérieur de la cavité utérine donnant un aspect *polypeux*.

En tous cas, ce n'est pas une lésion endométritique : il n'y a pas d'enduit purulent, ni microbes pathogènes : Lecène y insistait quand il parlait d'*hyperplasie muqueuse utérine*. « Je repousse hors du cadre de la métrite tous les troubles utérins dans lesquels je ne trouve pas, à l'origine, l'élément inflammatoire » (Doléris).

Néanmoins nous conserverons cette dénomination d'endométrite, terme encore admis aujourd'hui par beaucoup, pour faciliter la description microscopique de ces lésions glandulaires bénignes, causes d'hémorragies.

—*Histologiquement*, suivant que les lésions prédominent dans le chorion de la muqueuse ou dans le système glandulaire, on distingue :

— *l'endo-métrite interstitielle*
— *l'endo-métrite glandulaire*

### 1° L'endo-métrite interstitielle

Elle est caractérisée par *l'hypertrophie et l'épaississement du chorion*. Celui-ci est quelquefois, en outre, infiltré par des

(1) Emil Novak : *Médical Record* New-York 10 juillet 1920. p. 43.

éléments réactionnels : lymphocytes, rares polynucléaires, plasmastzellen. C'est à cause de ces éléments, que certains auteurs allemands affirment la nature inflammatoire de ce processus.

Par contre, d'autres parmi eux, ont proposé le terme de « métropathie hémorragique » pour caractériser ces muqueuses qui saignent sans signes d'inflammation ni de néoplasie.

Le chorion lui-même est formé par des éléments conjonctifs étoilés, d'aspect embryonnaire. Les glandes présentent habituellement de légères altérations hyperplasiques, plus marquées dans les *processus récents* que dans les processus anciens, où s'observent plutôt les états atrophiques.

Les vaisseaux de la muqueuse sont nombreux et dilatés.

### 2° L'ENDO-MÉTRITE GLANDULAIRE

On peut la subdiviser en 2 variétés.

a) *l'endo-métrite glandulaire hyperplasique* se caractérise essentiellement par une hypertrophie simple des glandes : celles-ci pouvant porter sur la longueur ou le calibre des tubes glandulaires. Dans le premier cas, les glandes s'allongent, deviennent flexueuses, avec des bords « en dents de scie » et s'enchevêtrent les unes dans les autres.

Dans le second cas, les tubes glandulaires dilatés peuvent se rapprocher les uns des autres, donnant ainsi l'impression d'une augmentation notable de leur nombre ; ce phénomène s'observe tout particulièrement dans la partie profonde de la muqueuse.

Les cellules de revêtement sont habituellement gonflées par une sécrétion muqueuse, leurs contours sont estompés et leurs noyaux, parfois pycnotiques, se trouvent en disposition basale.

b) *l'endo-métrite glandulaire hyperplastique* se caractérise essentiellement par une prolifération plus intense des cellules de revêtement des glandes et par la néoformation de tubes glandulaires. Ceux-ci se dilatent irrégulièrement, émettent des tubes collatéraux qui peuvent s'allonger, plonger dans la

profondeur, se détacher du tube originel et donner naissance à des glandes néoformées.

Sur certaines coupes, surtout lorsque la section des tubes a été faite en oblique, on a l'impression que la prolifération a dépassé la membrane vitrée et que les cellules débordent dans le tissu conjonctif environnant. C'est alors, qu'on a des images rappelant celles qui s'observent au début de la transformation maligne d'un adénome. La ressemblance avec des lésions malignes est d'autant plus grande que les mitoses peuvent être nombreuses comme l'a montré Cornil. (1)

Pratiquement, c'est donc surtout *l'endométrite glandulaire hyperplastique* qui le plus souvent, peut prêter à confusion avec des lésions malignes.

## B. — Cas difficiles.

Certaines variétés de lésions malignes peuvent ressembler à des lésions d'hyperplasie simple. Il s'agit, comme l'a décrit P. Masson, de ces « épithéliomas formés par un entrelac de tubes très semblables à ceux que l'on rencontre dans les hyperplasies glandulaires simples. Certains, pris à part, n'offrent aucun caractère qui permette de les considérer comme cancéreux, tant leur configuration et leur structure sont régulières. Le diagnostic plein de difficultés, parfois, ne sera possible que si l'histologiste examine des fragments assez volumineux pour permettre une étude topographique ».

Par ailleurs — nous venons de le voir — certains aspects d'hyperplastie glandulaire bénigne peuvent simuler une lésion maligne.

Cette difficulté de discrimination trouve son expression dans le fait que certains auteurs allemands appellent les lésions glandulaires malignes : *adénomes malins* par opposition à *l'adénome simple.*

Si cette distinction est quelquefois difficile, elle peut l'être encore avec certains autres états de la muqueuse utérine.

---

(1) Cornil : *Manuel d'histologie pathologique.* 3eme édition. Paris, 1 vol.

a) *les modifications histologiques normales* au cours de certaines phases de la *période menstruelle*, notamment aux approches de la menstruation. Il s'agit d'un aspect similaire mais moins prononcé, expliqué dans les deux cas par une action hormonale ovarienne.

b) *la pseudo endo-métrite* se caractérisant par des lésions adénomateuses de la muqueuse dans certains utérus myomateux. Ces lésions semblent devoir être attribuées à la congestion de l'utérus qui accompagne habituellement ce processus morbide

c) *le polype utérin* moins fréquent au niveau du corps que du col, accompagne généralement les lésions hyperplasiques. Pour certains auteurs, il ne serait qu'un bourgeon formé par la muqueuse épaissie, pouvant se pédiculiser et faire saillie à l'intérieur de la cavité utérine. On peut alors le sentir avec la curette.

d) *les lésions précancéreuses.* Nous en avons déjà dit un mot.

Melle Gasne (1) en a rapporté 12 cas dans sa thèse, dont 8 concernent des femmes non encore ménopausées.

D'autres observations sont résumées par Olivarez, Sabrasez, Vitrac et Baron sous des appellations différentes.

L'examen de la coupe histologique montre une atypie atténuée et une prolifération des seules glandes de la muqueuse utérine avec *stroma étouffé* et non plus œdemateux.

Ces « états précancéreux » doivent être considérés comme du cancer et traités comme tels, quoiqu'ayant une évolution beaucoup moins rapide.

Cependant, en tant que processus pathologique, les lésions énumérés sont trop rares pour constituer une cause importante d'embarras.

Il n'y a que les variations physiologiques de structure de la muqueuse au *stade prémenstruel* qui puissent ressembler de près à l'hyperplasie glandulaire bénigne: ceci semble confirmer l'hypothèse physiologique tendant à expliquer les métrorragies de la ménopause comme étant dûes le plus souvent à un dys-

(1) L. Gasne: *Thèse de Paris* 1932 n° 631

fonctionnement de l'ovaire, de la même façon que l'hémorragie menstruelle est dûe à la fonction hormonale normale de cet ovaire: ces deux manifestations hémorragiques trouvent leur signature histologique dans une hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine.

Devant cette difficulté à préciser, dans certains cas (assez rares d'ailleurs) la nature d'une lésion glandulaire, nous rappellerons l'importance capitale pour l'histologiste d'avoir des fragments de muqueuse utérine *suffisants*.

*L'étude topographique* des fragments est, en effet, plus importante que l'étude cytologique, comme le souligne très justement P. Masson.

Il faut tenir compte de l'ensemble de la coupe et ne pas attribuer une valeur exclusive à un seul point isolé.

*
* *

*En pratique :* les réponses données par l'histologiste sont de trois ordres :

1° le résultat est : *épithélioma cylindrique* ou bien il y a *suspicion de cancer* : (7 fois sur 45 dans nos observations). Il n'y a qu'une thérapeutique :

*l'hystérectomie*

2° le résultat est *nettement en faveur d'une lésion bénigne* (hyperplasie glandulaire, ou métrite « hémorragique ») :

*il ne faut pas opérer*

3° le résultat est *douteux* dans ce cas, on agira différemment selon les tendances personnelles de chacun :

*Les uns opèrent, les autres n'opèrent pas.*

Certains auteurs, comme M. le Pr J.-L. Faure et Siredey agissent comme s'il y avait une tumeur maligne, dans ces cas d'interprétation complexe : « lorsqu'on rencontre une prolifération des épithéliums normaux, accompagnée d'une multiplication insolite des noyaux, de figures compliquées de karyo-

kinèse..., il vaut mieux agir qu'attendre : l'opération s'impose » (1).

M. Jean Quénu, dans ces cas hésitants, propose de surveiller les malades, *régulièrement*. Au besoin, on n'hésitera pas à renouveler le curettage biopsique, dans le cas où les hémorragies ne cesseraient pas ; et, si le doute persiste, on pratiquera alors l'hystérectomie.

Mais les cas embarrassants sont, malgré tout, l'exception, et le diagnostic histologique garde, en général, toute sa valeur. Dans certaines circonstances, cependant, malgré la réponse de l'histologiste, on pourra être amené à prendre une décision chirurgicale, même si la réponse du laboratoire conclut à la bénignité du processus ou si elle est incertaine.

Il en pourra être ainsi, par exemple, devant un tableau clinique troublant (persistance et abondance des métrorragies) malgré une réponse histologique favorable.

Et nous concluerons qu'il doit y avoir une collaboration intime entre le clinicien averti qui fournira des renseignements au laboratoire, et l'histologiste compétent qui saura interpréter les coupes microscopiques.

*
* *

## Conclusion

Le curettage explorateur et histologique semble être actuellement, le seul mode de diagnostic qui puisse donner les plus grandes chances de certitude dans la recherche de la cause d'une métrorragie.

Seul, l'examen histologique lève les doutes et « comme le plus souvent, l'exploration fournit la preuve de la bénignité du processus, la gravité d'un curettage ne se compare pas à la gravité d'une hystérectomie. » (2)

A l'âge de la ménopause, le curettage biopsique est le meilleur moyen d'investigation : il est nécessaire avant de décider d'un traitement chirurgical ou radiothérapique.

(1) J-L. Faure et Siredey : *Traité de gynécologie*, 1928, 4me édition. P. 1081.

(2) Moulonguet : *Rev. critique de Patho. et de thérap.* Mars-avril 1933. n° 10. Page 821.

CHAPITRE TROISIÈME

# L'Hystérographie

« C'est l'examen radiographique de la cavité intra-utérine préalablement remplie d'une substance opaque aux Rayons X. » (1).

C'est une méthode relativement récente qui peut rendre de signalés services. Elle n'est pas toujours facile et il ne faut pas l'employer systématiquement. On peut cependant, dans certains cas, l'utiliser *avant le curettage biopsique* quand on soupçonne une lésion chirurgicale : (cancer du corps, fibrôme sous-muqueux, polypes, salpingite kystique)

Dans ce cas, l'hystérographie montre :

1) qu'il existe une lésion organique intra-utérine

2) l'endroit précis où siège la lésion et permet de diriger la curette.

Dès 1925, M. le Pr Grégoire a présenté à la société de Chirurgie les premières observations de lésions intra-utérines dépistées par l'hystérographie après injection de lipiodol.

Plus tard avec MM. Claude Béclère et Darbois (2), il en a précisé la technique.

Après lui, M. Cl. Béclère a pratiqué de nombreuses hystérographies dont il a publié, à maintes reprises, les résultats.

Actuellement, cet auteur a une statistique basée sur 125 observations d'hystérographies pour métrorragies à tous âges sans lésion clinique évidente.

Dans notre statistique personnelle de métrorragies-seul symptôme à l'âge de la ménopause, cet examen a été pratiqué 8 fois : obs. (29), (30), (33), (34), (50), (54), (55), (57),

(1) Cl. Béclère : *Monde Médical* 15 nov. 1930. Page 923.

(2) Grégoire, Cl. Béclère et Darbois *Journal de Chirurgie*, juin 1926 nº 6, P. 688 à 709.

Dans sept cas il s'agissait de lésion bénigne confirmée par l'examen histologique.

Dans un cas (obs. 57) une rétention placentaire s'était decelée sur le cliché par une image lacunaire.

Cette méthode a, elle aussi, été l'objet de multiples controverses.

Nous allons parler rapidement de la technique bien précisée aujourd'hui et des objections qui ont été faites.

### 1. — Technique de l'hystérographie

a) c'est, comme le curettage biopsique une véritable *petite intervention gynécologique* devant être pratiquée avec tous les soins d'asepsie, la malade hospitalisée. (1)

b) on doit utiliser le *lipiodol* liquide Français, le mieux toléré par les tissus vivants.

c) il faut un *appareillage spécial* et s'efforcer :

(α) de réaliser une obturation complète du col utérin.

(β) de surveiller la pression :

Ce sont là 2 conditions indispensables.

d) On fait une *radioscopie* pour examiner le mode de remplissage de la cavité utérine ; on peut observer une image lacunaire dès le début, qu'on fixera par un cliché immédiat.

c) surtout on fait des *radiographies* ;

(α) au moins deux clichés de *face*, pour étudier les 3 bords et s'assurer qu'une image lacunaire n'est pas dûe à un spasme passager ; les images permanentes se retrouvent sur tous les clichés.

(β) un cliché de *profil* pour voir l'altération des faces.

(γ) au besoin un cliché *de contrôle*.

### 2. — Résultats de l'hystérographie.

L'hystérographie permet, avant tout de discriminer :

a) *les lésions chirurgicales évidentes*, par une image utérine anormale.

---

(1) Cl. Béclère *Presse Médicale* 23 Juin 1928, Page 791.

2°) *les troubles fonctionnels bénins*, par une image utérine normale.

— Quand l'image est anormale cette méthode fait :

1° affirmer qu'il existe une lésion organique,

2° localiser cette lésion, dont on ne connaîtra *la nature bénigne ou maligne que par l'histologie* : l'hystérographie n'aura permis que de diriger la curette, mais ne peut affirmer le caractère de cette lésion ; MM. Cl. Béclère et Kellery y insistent. (1).

— Quand l'image est normale : elle permet de dire qu'on n'a pas laissé passer de lésions chirurgicales.

Quelles sont les images observées ? (2)

a) *normalement* : quand il n'y a pas de lésion organique : c'est un triangle à grand axe vertical, à bords réguliers et rectilignes, convexes ou concaves.

b) *cancer du corps* : une image lacunaire, dont le contour est irrégulier, déchiqueté ; quelquefois une image marécageuse. Mais l'image peut simuler une lésion chirurgicale bénigne.

On ne doit donc affirmer la nature de cette lésion sans examen histologique.

c) *fibrome sous-muqueux* : une image lacunaire, centrale ou latérale, mais les contours sont réguliers et nets.

d) *polypes* plus rares : image de petite lacune ou simple déformation d'une corne. S'il est pédiculé, il ressemble à un fibrome.

e) *salpingite kystique* : cette lésion qui est le plus souvent méconnue, donne une image caractéristique qui, en décelant la lésion, pose l'indication chirurgicale.

f) *métrorragies fonctionnelles* : celles-ci donnent le plus souvent une image utérine normale.

Cependant M. Claude Béclère a observé quelquefois une image de cavité utérine à contours « frangés et irréguliers, tra-« duisant les modifications de hauteur de la muqueuse uté-« rine ».

---

(1) *Bull. soc. obst.* 1930. n° 6. Page 445.
(2) *Bull. soc. obst. et gyn.* Paris. Déc. 1933. n° 10. Page 816.

On conçoit qu'il faut dans ce cas, une certaine habitude pour interpréter les clichés : de toutes façons, ce sera — seul — l'examen histologique qui montrera le caractère bénin de la modification utérine.

### 3. — Critiques de l'hystérographie

A. — *Dangers d'infection* qui peuvent être sérieux. Ceux-ci ont fait l'objet de discussions à la société de chirurgie en Avril et Mai 1928.

M.M. Sicard (1), Mocquot (2), et Claude Béclère (3), ont montré que les cas d'accidents infectieux observés, étaient signalés en Allemagne surtout, à la suite d'examens faits avec divers produits étrangers. Ces auteurs n'en avaient jamais observé avec le *lipiodol*, même quand il s'agissait de cancers.

Nous n'en avons pas observé dans nos huit observations : dans les 8 cas, l'hystérographie fut pratiquée avec lipiodol.

B. — *Dangers de dissémination cancéreuse* (invoqués par Douay (4), par Kermauner et Cotte au congrès de Gynécologie de Bordeaux (5) ) par les trompes, dans le péritoine. A ce reproche, on peut répondre que, généralement, les malades sont hystérectomisées dans un laps de temps très court, après l'examen pratiqué.

M. Cl. Béclère n'en a observé aucun cas, dans ses observations déjà nombreuses.

C. — *Dangers d'injection vasculaire accidentelle* et *embolies possibles.*

Pour éviter ces dangers, il faut utiliser une technique prudente et vérifier la pression, pendant l'injection.

En résumé, l'hystérographie n'est *pas une méthode d'exclusion*. Il faut la considérer comme une *méthode complémentaire* devant être utilisée dans certaines conditions :

Précisons-en les contr'indications et les indications :

---

(1) Sicard : *Société de chirurgie*, 9 mai 1928.
(2) Mocquot : *Société de chirurgie*, 21 mars 1928.
(3) Cl. Béclère : *Presse Médicale*, 23 juin 1928 Page 791.
(4) Douay : *Bull. soc. obst. et gyn. Paris*. 8 juillet 1929. n° 7. Page 450.
(5) Cotte : *Gyneco. et obst.*, oct. 1931, tome 24, n° 4 ; Page 193.

— *on ne devra pas la pratiquer* :

si l'on n'est pas sûr de l'asepsie,

s'il y a une suspicion de grossesse,

s'il existe des poussées infectieuses ou une métrite en évolution,

s'il y a une hémorragie grave : de toutes façons, on attendra pour la pratiquer 5 à 6 jours après la fin de l'hémorragie,

s'il existe un état subfébrile,

s'il y a des signes histologiques nets du cancer.

— *on pourra la pratiquer : avec lipiodol*

quand on voudra localiser une lésion chirurgicale suspectée,

quand on soupçonnera une salpingite kystique,

quand on ne pourra matériellement pas ramener des fragments de toute la surface intra-utérine et qu'on risquera ainsi de passer à côté d'une lésion.

. . . . . .

L'hystérographie, répétons-le, ne peut servir à faire un diagnostic à elle seule. Elle ne doit pas remplacer le curettage biopsique mais le guider utilement en

α ) *montrant l'existence* d'une lésion intra-utérine.

β ) *en guidant utilement la curette* pour la prise suffisante d'un fragment à examiner histologiquement.

C'est donc une méthode *complémentaire* de diagnostic qui peut *être très utile.*

---

TROISIÈME PARTIE

# LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

# Les indications thérapeutiques

Le curettage biopsique et l'examen histologique ayant permis de préciser le diagnostic étiologique des métrorragies, les indications thérapeutiques seront faciles à poser.

Le problème capital qu'on a cherché à résoudre se résume en ces deux alternatives :

1er CAS L'UTÉRUS EST CANCÉREUX ; ou bien : l'examen histologique laisse subsister un *doute* : il n'y a aucune discussion possible : **l'hystérectomie s'impose.**

Dans nos observations, rappelons-le, sur 47 curettages pratiqués en totalité, le laboratoire a répondu 7 fois : cancer du corps.

Dans ces 7 cas : l'hystérectomie a été pratiquée le plus rapidement possible.

2e CAS : L'UTERUS N'EST PAS CANCÉREUX ; deux conduites pourront être observées :

α ) **L'expectative,**

β ) **Le traitement immédiat.**

*L'expectative* ne sera possible que si on est assuré de pouvoir suivre les malades. Généralement, nous conseillons à ces malades de se faire surveiller *tous les deux mois*, tant que leur ménopause n'aura pas été affirmée par une aménorrhée complète *d'au moins un an*. Souvent, en effet, le curettage aura été thérapeutique par lui-même et la ménopause s'installe plus ou moins rapidement après disparition des métrorragies : ce résultat a été observé :

*24 fois sur 36 cas*, dans lesquels, ayant pu affirmer l'exis-

tence de lésions bénignes, aucun traitement n'avait été pratiqué après le curettage.

= 2/3 *des cas.*

*Dans les 12 autres cas* de lésions affirmées bénignes, les malades ayant eu de nouvelles métrorragies après leur curettage, on a fait :

6 fois, une hystérectomie secondairement.

4 fois un deuxième curettage.

1 fois de la Roëtgenthérapie.

1 fois du Radium.

= 1/3 *des cas.*

Toutes ces malades ont été revues, toutes ont guéri.

On pourrait être tenté, chez toute femme qui présente des métrorragies affirmées bénignes par l'histologie, et vraisemblablement d'origine ovarienne à l'âge de la ménopause, de pratiquer systématiquement la stérilisation ovarienne.

Celle ci assure la guérison et confirme l'origine ovarienne des hémorragies.

Mais, puisque par ailleurs l'absence de traitement peut être autorisée dans certains cas, nous allons voir, en nous basant fidèlement sur nos observations cliniques, quelles peuvent être les indications des trois méthodes thérapeutiques dans les métrorragies à l'âge de la ménopause :

a) *les indications de la chirurgie*

b) *les indications des radiations*

c) *l'expectative.*

*
* *

Auparavant, il convient de rappeler que certaines métrroragies peuvent être causées directement, ou entretenues par des troubles *d'ordre extra-génital.*

Des hémorragies utérines, à l'âge critique de la femme, nous l'avons vu, peuvent s'observer au cours d'une hypertension artérielle, particulièrement fréquente à cet âge.

Quelquefois, des troubles endocriniens sont en cause, à moins qu'il ne s'agisse d'insuffisance cardiaque ou hépatique.

M. Siredey (1) a rappelé plusieurs fois l'existence d'hémorragies utérines, traductions d'altérations de la crase sanguine. accompagnant d'ailleurs d'autres hémorragies.

P. Emile-Weil (2) a cité, d'autre part, certaines hémorragies dites « hémotrypsiques » dont la reconnaissance est bien difficile. Les hémorragies de certains fibromes n'auraient même pas d'autre processus.

Enfin, il faut rappeler l'existence des syndromes hémogéniques et même du « *syndrome hémorragique constitutionnel* » (3).

On ne peut oublier que, quelquefois, l'origine des métrorragies réside dans ces troubles d'ordre général. L'examen somatique complet s'impose donc toujours : tantôt le traitement médical suffira à guérir des hémorragies utérines, tantôt la présence d'une lésion ou d'un trouble de l'état général pourrait *contr'indiquer* un traitement local qui semblait s'imposer. Nous ne ferons que citer l *hypertension artérielle*, qui, avec la suppression brutale du flux menstruel, peut occasionner des accidents graves. Et le traitement de cette hypertension s'imposera avant toute thérapeutique locale. D'ailleurs, souvent un traitement général devra être associé à une thérapeutique locale; mais ce doit être une règle absolue de ne conclure à de telles hémorragies d'origine « générale » qu'après avoir épuisé tous les moyens d'exploration locale, après avoir complètement éliminé l'éventualité d'une lésion utérine et annexielle. — C'est donc un diagnostic qu'on ne fera qu'en dernier ressort.

## — A — Indications chirurgicales.

Il s'agit de *l'hystérectomie*. Selon les cas, cette indication de la chirurgie sera absolue ou relative.

---

(1) Siredey: *Journal de Championnière*. 10 Nov. 1930 article 29.750. Pages 781 à 798, et *Bul soc. obst. et gyn. de Paris*. n° 9. Nov. 1933. Pages 754 et 755.

(2) P. Emile Weil : *Monde Médical*. 15 Mai 1933. n° 790. Pages 574 et 576.

(3) P Chevallier : *Journal de Championnière*. 25 Sept. 1930. article 29.724. Page 672.

## I. — Indications chirurgicales absolues

1°. *Le cancer du corps* avant tout.

*L'hystérectomie s'impose,* sauf de très rares contr'indications, toutes les fois que l'examen histologique aura affirmé l'existence d'un néoplasme :

Cette règle est absolue.

L'hystérectomie sera encore exigée, quand le laboratoire émettra des *doutes* sur la valeur de la coupe histologique. C'est le cas, notamment, (nous l'avons vu) de ces proliférations des glandes de la muqueuse *étouffant le stroma* qui a disparu ; de *ces états précancéreux* qui font l'objet de la thèse de Melle Gasne (1) présentant tous les états de progression, jusqu'à l'épithélioma atypique envahissant. Ces utérus seront enlevés comme s'il s'agissait de cancers véritables.

Parfois, on pourra être amené à suspecter le cancer, sur les *signes physiques* : devant des métrorragies abondantes, continues, surtout s'il existe des dé ris suspects dans les caillots sanguins ; devant un amaigrissement progressif, dans ce cas, en l'absence d'examen histologique, on pratiquera l'hystérectomie.

C'est ce qui a été fait, dans nos cas rapportés ici, dans une première période : 10 malades ont été hystérectomisées d'e nblée, sans curettage biopsique préalable : parmi ces 10 malades, il y avait 2 cancers du corps utérin.

L'hystérectomie que nous conseillons est *l'hystérectomie abdominale totale.* Les allemands, notamment Von Hugo Sellheim (2), pratiquent surtout la vaginale dont ce « serait une des plus belles indications ».

Pour notre part, nous pensons que la voie basse ne doit être pratiquée que dans les cas de contr'indications ou de difficultés de la voie haute, ou bien, si la voie vaginale « s'impose » en quelque sorte par les facilités qu'elle présente :

C'est le cas de notre observation n° 7 : seul cas où cette voie fut utilisée :

---

(1) L. Gasne : *Thése de Paris* 1932 n° 631.
(2) Von Hugo Sellheim : *Munchener Médizmiche Wachenchrift*, 23 nov. 1923.

*Obs.* 7. — Mme M. *3 juin 1930* : examen sous anesthésie : femme très grasse, vulve très large, cystocèle, indication : hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie abdominale *sera totale*, chaque fois que cela sera possible. On ne fera la subtotale que lorsque la totale se présente dans des conditions de difficultés techniques telles que le pronostic opératoire immédiat semble pouvoir en être modifié.

Dans nos observations rapportées, sur 24 hystérectomies abdominales, nous trouvons 14 totales et 10 subtotales

Résultat immédiat : mort = 0 — guérison = 24.

Résultat éloigné : mort = 1 cancer — guérison définitive = 23.

L'intervention sera faite, dans tous les cas, après les examens préopératoires indispensables : examens des urines, prise de la tension artérielle, recherche des temps de saignement et de coagulation, dosage de l'urée sanguine, tels qu'ils sont toujours pratiqués avant toute opération importante, dans le service du Docteur Jean Quénu.

— 2°. *Le polype intra-utérin*

quand on le soupçonne, surtout s'il y a des antécédents.

— 3°. *La salpingite kystique.*

— 4°. *Les ovaires kystiques* :

Dans ces trois éventualités, il existe nous le rappelons, une méthode de diagnostic permettant de dépister les lésions :

*C'est l'hystérographie* qui donne des images typiques et impose l'hystérectomie.

Nous ne parlons pas ici du *gros fibrôme cliniquement perceptible* ne rentrant pas dans le cadre de ce travail.

## II. — Indication chirurgicale relative

*Le petit fibrôme sous-muqueux.*

Nous rappelons que, dans les 4 observations de notre statistique de fibrômes sous-muqueux, cliniquement imperceptibles, il était possible de *suspecter* la nature de la lésion hémorragi-

que. En effet, dans les 4 cas, *les métrorragies* avaient suivi et accompagné des *ménorragies*.

Dans les 4 cas, les métrorragies et les ménorragies avaient récidivé après le curettage ; et l'hystérectomie, à la suite de laquelle furent découverts les fibromes sous muqueux, fut pratiquée secondairement.

Ce sont ces diverses lésions, *exigeant ou autorisant* une intervention chirurgicale, que nous avons réunies sous le titre de :

*Métrorragies lésionnelles* : 13 cas sur 57, soit 22,8 %.

## — B — Indications des radiations

Celles-ci concernent les *métrorragies fonctionnelles*.

Le but des radiations est la *stérilisation des ovaires*.

Puisqu'il s'agit dans ces lésions, de troubles hormonaux ovariens, la « ménopause artificielle » fera disparaître ces troubles en même temps que les fonctions ovariennes, au même titre qu'une castration.

Déjà Lawson en 1876 avait montré le premier, que la suppression de l'ovaire guérissait les hémorragies non liées à une tumeur. Puis Bouilly, vingt ans après, mettait, à son tour, en évidence, la disparition de certaines hémorragies utérines à la ménopause par ablation des ovaires.

En France, Forgue et Massabuau (1) ainsi que Wallart et Seitz ont précisé cette influence thérapeutique de la stérilisation sur les hemorragies d'origine ovarienne.

Actuellement, deux méthodes sont utilisées pour pratiquer cette castration par les radiations.

La *Roëtgenthérapie*

La *Curiethérapie*

Nous allons étudier rapidement les indications et les avantages de chacune de ces deux méthodes thérapeutiques :

---

(1) Forgue et Massabuau : *Nouveau traité de chirurgie de P.* Delbet : t. 43. Page 225.

## I. — La Roëtgentiérapie

1° Technique.

Elle s'est perfectionnée, durant ces quinze dernières années.

Actuellement, on est arrivé à un dosage précis des rayons utilisés, et on peut les diriger exactement. Mais les méthodes varient avec les auteurs :

α ) *En Allemagne* : on fait la castration en une seule séance prolongée, surtout autrefois.

β ) *En France* au contraire, on fait des séances répétées à mêmes intervalles réguliers, avec la même dose.

C'est la méthode préconisee par A. Béclère (1) de Paris, Bordier de Lyon et Gilbert de Genève, tâtant la susceptibilité de chaque malade par une « seance épreuve »

γ ) Il faut aussi signaler la méthode préconisée par Arcelin (2) qui cherche la suppression de la fonction ovarienne par la dose la moins élevée de rayons (à doses décroissantes)

2° Résultats.

Les rayons X, stérilisent les ovaires. Cette « *castration sèche* » est prouvée d'ailleurs par la clinique et l'histologie comme l'a montré M. Siredey (3) « les insuccès apparents sont dûs à ce que certains follicules primordiaux ne sont pas détruits d'emblée »

Généralement, dans les deux mois qui suivent le début du traitement (à raison d'une séance par semaine) les pertes diminuent progressivement et les manifestations vaso-motrices de la ménopause apparaissent peu à peu.

Mais les hémorragies peuvent ne s'arrêter qu'après 8 ou 10 séances, quelquefois plus.

Il y a des variations individuelles.

De plus, l'expérience montre que, généralement, l'action des radiations est d'autant plus rapide que la femme est plus âgée, donc plus près de sa ménopause ; comme pour l'action thérapeutique du curettage.

(1) A. Béclère : *communication* : IIme. *Congrès de l'assoc. gyn. et obst. langue française*. Genève 1921.
(2) Arcelin : *Lyon Médical* 14 fév. 1932. n° 149 ; Page 194 à 198.
(3) : Siredey : *Congrès de Physiothérapie* : Paris 1911.

Dans notre statistique, nous n'avons que 4 observations à l'appui de ces affirmations, de malades Roëtgenthérapées :

| obs. | âge | nombre de séances. | |
|---|---|---|---|
| (34) | (49) ans | = 6 | |
| (50) | (50) — | = 5 | |
| (54) | (47) — | = 10 | pour amener la cas- |
| (57) | (45) — | = 15 | tration complète |

Presque toutes les statistiques affirment 100 % de guérisons dans ces hypertrophies glandulaires bénignes d'origine ovarienne, traitées par Roëtgenthérapie, remarque Solomon (1) qui ajoute : « la guérison est obtenue sans aucun risque pour la malade et sans aucune interruption dans ses occupations habituelles ».

Un autre avantage de cette méthode est d'amener la ménopause *plus lentement* que la Radiumthérapie et de permettre de mieux fractionner les doses.

Mais la Roëtgenthérapie peut-elle être conseillée dans tous les cas de lésions fonctionnelles bénignes ?

Quelles sont ses indications particulières, quelles peuvent être ses contr'indications ?

3° Indications.

a) Il faut avant tout que *la bénignité de la lésion hémorragique* ait pu être affirmée par l'examen histologique, associé ou non à un syndrome clinique de métrorragies fonctionnelles ovariennes ménopausiques typiques.

b) dans certains cas, *une altération profonde de l'état général*, un syndrôme hémorragique important ayant entraîné une anémie marquée, peuvent non seulement exiger la radiothérapie rapide mais même la faire préférer à la chirurgie.

c) quand il existe une lésion organique (cardiaque, rénale ou hépatique) rendant dangereuse une intervention sanglante. Il en sera de même pour les malades ayant eu des lésions aortiques, cérébrales ou des phlébites.

---

(1) Solomon. — *Journal Médical francais*, XVII, n° 3, Mars 1928. Page 107.

d) quand il existe un petit fibrôme sous-muqueux, si le traitement chirurgical est contr'indiqué.

e) quand la malade a plus de 45 ans et désire une *ménopause rapide*, on conseillera les radiations de préférence à l'expectative.

4° Contr'indications

On ne fera pas de Roëtgenthérapie :

a) si on a *des doutes* sur la nature histologique du prélèvement intra-utérin, auquel cas on fera l'hystérectomie.

b) s'il existe un fibrôme en *voie de nécrose*.

c) s'il existe des *lésions inflammatoires des annexes*.

d) en cas d'*hypertension artérielle* importante. Dans ce cas les rayons ont pu être contr'indiqués à cause des accidents surtout d'ordre vaso-moteur qui pourraient suivre la castration (1).

e) dans certains troubles tels que le *diabète*, *l'urémie*, etc.

Pour notre part, nous estimons que ces deux dernières variétés d'accidents ne doivent pas contr'indiquer les radiations.

En résumé, la *Roëtgenthérapie* permet la castration des ovaires. C'est dans ces hémorragies fonctionnelles à l'âge de la ménopause qu'elle donne les plus beaux résultats, même dans les métrorragies très abondantes, Si, par très grande exception, la dose forte de Rayons X n'avait pas arrêté les hémorragies, il faudrait laisser au moins deux mois s'écouler avant de refaire prudemment une nouvelle série de radiations.

## II. — La Curiethérapie

C'est une méthode préconisée par certains auteurs : elle est pratiquée :

1°) soit sous forme de sels de Radium (sulfate et surtout bromures) ;

2°) soit par tubes à émanation condensée (méthode de Génaway).

Koenig (2) en 1921 a résumé les raisons qui lui font préférer le Radium aux Rayons X :

(1) Kreiss. — *Science médicale pratique*, 15 fév. 1929. Page 91.
(2) Koenig. — *Rapport IIe congrès gyn. de langue franç.* Paris 1931.

a) l'agent thérapeutique est porté au niveau de la lésion.

b) il agit plus vite ; donc économie de temps.

c) la technique est à la portée de tous, tandis que la Roëtgenthérapie exige une installation et une expérience spéciales.

Cotte préconise le Radium dans certains cas, pour agir vite.

Nous n'avons qu'une seule observation de malade traitée et guérie par le Radium, obs. (35).

On a voulu aussi préférer le Radium aux Rayons X parce que ceux-ci provoqueraient des *radiodermites*, et seraient causes de certaines *anémies profondes*. Nous répondrons à ces raisons qu'aujourd'hui ces accidents et ces manifestations peuvent être évités par de bonnes techniques et des doses raisonnablement appliquées.

Par contre le Radium présente quelques *inconvénients* :

a) le danger de réveil d'une infection annexielle ancienne

b) son utilisation exige le séjour du malade à l'hôpital ou à la clinique.

c) son application se fait en une fois : le dosage est donc difficile parce que variable avec les sujets et les circonstances.

*
* *

Pour notre part, pour ces raisons invoquées, et surtout parce que le Radium peut réveiller une infection annexielle latente, nous préférons la *Roëtgenthérapie*. Mais ce traitement ne sera pratiqué qu'autant que l'examen général aura été fait et qu'on sera sûr de *la non existence d'un cancer du corps*.

Les radiations permettent de réaliser la stérilisation ovarienne et entraînent la guérison complète des métrorragies utérines.

## — C — Expectative

*On ne sera autorisé à ne pas agir qu'après avoir éliminé sûrement la possibilité d'une lésion maligne.*

Beaucoup d'auteurs, dans ce cas, ne font pas d'autre traitement qu'un traitement médical banal. Cette façon d'agir a

un avantage indiscutable : c'est de laisser guérir spontanément une grande partie des malades curettées (les *deux tiers* exactement dans notre statistique) et de leur laisser la possibilité de revoir leurs règles.

Mais, par contre, on laisse *un bon tiers* des femmes curettées exposées à de nouvelles hémorragies qui peuvent entrainer des anémies souvent importantes, retentissant sur l'état général en même temps qu'elles affectent, quelquefois gravement le psychisme de ces malades.

C'est pourquoi nous pensons, que, dans tous les cas de métrorragies fonctionnelles bénignes, il ne faille pas être systématique dans l'acte thérapeutique, mais que l'on doive envisager l'importance des hémorragies, leur répétition et l'âge de la malade.

*
* *

**En résumé** : voici les indications thérapeutiques que nous proposons dans les cas de métrorragies à l'âge de la ménopause, après le curettage *explorateur et histologique.*

1) *L'utérus est cancéreux, ou suspect de cancer, ou contient une tumeur* :

une seule attitude : **l'hystérectomie**.

2) *l'utérus n'est surement pas cancéreux, et ne contient pas de tumeur* :

deux attitudes possibles :

a) *on fera de la* **Roëtgenthérapie** surtout

— si les hémorragies sont abondantes.

— si la femme a plus de 45 ans : à cet âge la castration est plus logique qu'avant 45 ans,

— si l'idée de patienter et de rester en observation est désagréable à la malade.

b) *on* **temporisera** *mais en surveillant régulièrement la femme* :

— si les hémorragies sont peu importantes ou espacées,

— si la femme à de 40 à 45 ans : à cet âge il peut y avoir intérêt à conserver les règles.

— si la malade consent à se faire surveiller régulièrement tous les 2 à 3 mois.

## OBSERVATIONS

57 { 13 métrorragies lésionnelles
44 métrorragies fonctionnelles

Nos observations sont classées par lésions ; et, dans chaque catégorie, en suivant les dates des interventions.

Le premier numéro est le numéro d'ordre de notre classement.

Le deuxième numéro est celui du registre d'opérations du service du Dr J. Quénu.

Les mots entre guillemets sont la copie des compte-rendus opératoires et histologiques.

Les initiales : *H. M.* signifient : histoire de la maladie.

— I —

### Métrorragies Lésionnelles

4 Cancers

**Obs. 1.** — *n° 322.* Mme G., 52 ans.

Vient le 19 avril 1925 pour métrorragies abondantes. Malade exangue, admise aussitôt, en pleine hémorragie.

8 enfants. Pas de fausse couche.

*H. M.* : Règles plus abondantes depuis 13 mois. Depuis juillet dernier, perd de plus en plus abondamment tous les 15 jours. En mars, perd tout le mois. Arrêt subit. Depuis 9 jours, hémorragies continues et de plus en plus abondantes.

*Examen* : Utérus pas très dur: non bosselé. Malade laissée au repos et remontée pendant 6 semaines.

*Intervention* le 4 juin 1925, hystérectomie totale, Dr J. Quénu, anesthésie générale : éther.

« subtotale : la pièce ouverte montre un gros néoplasme du corps de forme bourgeonnante ; on enlève le col, hystérectomie totalisée. Drain vaginal. Drain abdominal. Paroi en un plan. »

Sortie le 2 juillet 1925.

Revue le 17 décembre 1925 : très bon état.

Revue le 9 mars 1928 : va très bien. Aucune douleur. T. V. montre souplesse parfaite.

Revue le 26 novembre 1928 : bon état.

Revue le 9 janvier 1933 : excellent état local et général, a engraissé de 6 kgs. depuis l'opération.

**Obs 2.** — *n° 1521.* Mme D.., 45 ans.

Vient le 7 janvier 1927 pour métrorragies très abondantes.

1 enfant, pas de fausse couche.

*H. M.* : Bien réglée jusqu'en mai dernier. Depuis mai 1926, métrorragies de plus en plus abondantes, entre des règles allongées.

*Examen* : Col normal. Utérus un peu gros : le fond apparaît sphérique : On pense à un fibrome du fond.

Entrée le 27 janvier 1927.

*Intervention* le 3 février 1927, hystérectomie subtotale, Dr J. Quénu, anesthésie générale ; éther.

« L'examen de la pièce ouverte montre un gros néoplasme du fond utérin ».

Sortie le 27 février 1927.

A perdu du sang jusqu'en août 1927. Depuis, rien.

Revue le 27 janvier 1928 : troubles typiques de la ménopause.

Revue le 9 septembre 1932 : excellent état local et général. Quelques pertes jaunes. Poids stationnaire. T. V. montre petit col mobile et des culs-de-sac souples. Spéculum : col normal.

**Obs. 3.** — *nos 2210-2314-2592.* Mme D.., 42 ans.

Vient le 17 octobre 1927 pour métrorragies irrégulières depuis un an.

1 enfant : accouchement compliqué suivi, un mois après, d'un curettage.

*H. M.* : Bien réglée jusqu'à 40 ans, puis règles douloureuses, abondantes et irrégulières. Métrorragies irrégulières depuis décembre 1926, quelquefois tous les 15 jours.

*Examen* : Utérus un peu gros ; rien aux annexes.

Entrée le 12 novembre 1927.

*1re intervention* le 17 novembre 1927, curettage biopsique. M. Martinais (interne), anesthésie générale : éther.

« on retire plusieurs fragments de muqueuse donnant l'impression de néoplasme ».

*Histologie* : « Epithélioma atypique bourgeonnant. » (Letulle)

2me *intervention* le 5 janvier 1928, hystérectomie totale, Dr J. Quénu, anesthésie générale : éther.

« on ne voit pas l'utérus recouvert d'adhérences, qu'on libère prudemment. Au moment où on saisit l'utérus, des bourgeons cancéreux sortent en abondance par la prise de la pince et par l'orifice de la trompe droite qui se rompt. Du coté gauche, annexes adhérentes indécollables. Hystérectomie totale par le procédé américain, de droite à gauche. Drain vaginal. Mickulicz ».

Sortie le 18 février 1928 : bon état.

Revient le 7 mai 1928, parce que les métrorragies ont reparu.

Il existe au niveau de la cicatrice vaginale, une masse grosse comme un œuf.

3me *intervention* le 14 mai 1928. Ablation de la masse de bourgeons. M. Martinais, (interne). Epidurale.

Sortie le 26 mai 1928.

Décédée en octobre 1928.

**Obs. 4.** — *Nos 4682-4718.* Mme B.... 49 ans.

Vient le 27 mars 1931, pour métrorragies depuis 4 ans.

Pas d'enfant. Pas de fausse couche.

*H.M. :* Bien réglée jusqu'à 45 ans. Depuis cet âge : règles plus abondantes. Une métrorragie très abondante, il y a 3 ans. Une autre trois mois après. Puis, métrorragies moins importantes entre les règles jusqu'en octobre dernier. Le 14 février dernier : hémorragie extrêmement abondante, ayant entraîné syncope. Depuis, pertes quotidiennes et grosse anémie.

*Examen :* T. V. difficile, grosse paroi : Utérus gros dont on sent mal le fond. On pense à un fibrome, mais on discute aussi l'hypothèse de cancer.

Entrée le 21 mai 1931.

1re *intervention* le 27 mai 1931. Curettage biopsique. M. Butaud (interne). Anesthésie générale : éther.

« Hystérométrie 11 cm. Dilatation. Cavité utérine agrandie. Dans la corne gauche, une masse friable se laissant facilement enlever. Le reste de l'utérus est normal ».

*Histologie :* « Epithélioma cylindrique ». (Lavedan)

2me *intervention* le 11 juin 1931. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther. (Mauvaise anesthésie).

« Hystérectomie totale. Drain vaginal ».

*Histologie :* « muscle utérin recouvert de muqueuse à épithélium cylindrique en voie de dégénérescence maligne ». (Nyka).

Le 2mo jour : ballonnement énorme : sérum hypertonique, goutte à goutte.

Le 7me jour, va bien.

Sortie le 21me jour, le 3 juillet 1931.

Revue le 21 septembre 1931 : rien d'anormal.

Revue le 16 septembre 1932 : très bon état.

Revue le 29 mai 1933 : excellent état local et général. Eventration.

### 4. Fibromes sous muqueux

**Obs. 5.** — Nos *1976 2094.* Mme G... 40 ans.

Vient le 18 juillet 1927 pour ménorragies et métrorragies.

2 enfants. Pas de fausse couche.

*H.M.* : Bien réglée jusqu'à 39 ans. Depuis un an, règles plus abondantes (5 à 10 jours) avec caillots et pertes de sang entre les règles.

*Examen :* Utérus dur et gros, fond arrondi.

Entrée le 9 août 1927.

*1re intervention* le 10 août 1927. Curettage biopsique. Dr J. Quénu. Anesthésie généra e : éther.

« 1°) Examen sous anesthésie : utérus peu dur, mais un peu gros. On ne sent pas de fibrome.

2°) Hystérométrie : 9 cm.

3°) Dilatation du col : quelques fragments ne donnant pas l'aspect de malignité ».

Revient le 23 septembre 1927 pour une métrorragie très abondante ayant duré 10 jours, avec caillots. On craint un utérus fibromateux ou un cancer du corps. Aussi fait-on :

*2me intervention* le 28 septembre 1927. Hystérectomie subtotale. M. Stoïa (interne). Anesthésie générale : éther.

« Fibrome de la corne utérine droite, gros comme une mandarine.

Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Fermeture en 3 plans.

La pièce : fibrome sous-muqueux développé dans la corne droite ».

Revue le 16 mars 1928 : bon état.

Revue le 5 avril 1929 : bon état.

Revue le 13 mars 1933 : n'a plus perdu, excellent état.

**Obs. 6.** — *Nos 2421-3206.* Mme B..., 51 ans.

Vient le 13 février 1928 pour métrorragies depuis 15 jours.

*H.M.* : Bien réglée jusqu'à 50 ans. Depuis un an, règles allongées (10 jours au lieu de 5). Depuis le 28 janvier : métrorragies abondantes et fétides. C'est la 3me fois depuis 3 ans. On pense cliniquement à un cancer du corps.

Entrée le 13 février 1928.

*1re intervention* le 23 février 1928 Curettage biopsique. M. Goidin (interne). Anesthésie générale : éther.

« Dilatation aux bougies. Quelques fragments de muqueuse et quelques végétations semblant venir de la jonction du fond et de la corne gauche ».

*Histologie :* « Métrite subaigüe hémorragique. Lambeaux de leïomyome ». (Letulle).

Sortie le 6 mars 1928.

Revue le 22 février 1929 : après le curettage, les règles étaient redevenues normales, mais il y a 15 jours, a eu une métrorragie qui a duré 8 jours. Au T. V. : utérus fibromateux : admission.

*2me intervention* le 23 mars 1929. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Un petit fibrome pédiculé près de la corne droite. Utérus mou. Totale. Drain vaginal. La pièce : dans la cavité utérine : un petit fibrome plus un petit polype muqueux ».

*Histologie :* « métrite hypertrophique polypoïde. Pas de néo ».

Sortie le 11 mai 1929.

Revue le 4 octobre 1929 : très bon état.

Nouvelles reçues en 1932 : excellent état local et général. Pas de sang depuis l'opération : bouffées de chaleur tous les mois.

**Obs. 7.** — *Nos 2508-4021.* Mme M..., 43 ans.

Vient le 6 février 1928 pour métrorragies depuis 2 mois.

*H.M. :* Bien réglée jusqu'à 41 ans. Depuis, règles progressivement prolongées et plus abondantes (8 à 10 jours). Depuis 2 mois, métrorragies presque quotidiennes.

Entrée le 25 mars 1928.

*1re intervention* le 27 mars 1928. Curettage biopsique. M. Stoïa (interne). Anesthésie générale : éther.

« Dilatation. Fragments de muqueuse utérine sans aucun carac-

tère pathologique, mais cavité agrandie (11 cm) et élargie à gauche. Il semble que l'utérus présente une saillie ronde, grosse comme un œuf de poule sur la corne gauche. Lavage iodé : mèche ».

*Histologie :* « Col fibreux. Glandes kystiques. Métrite cervicale ». (Leulle).

Sortie le 14 avril 1928.

Revue le 24 mai 1930 : depuis le curettage, perd abondamment pendant 6 jours par mois. Actuellement, pertes abondantes quotidiennes.

Entrée le 3 juin 1930 : examen sous anesthésie générale (éther) : femme très grasse ; T. V. : on sent l'utérus et 2 masses droites semblant collées à l'utérus et une autre à gauche, un peu plus pédiculée. Hystérométrie : 11 cm. Vulve très large. Cystocèle : indication : hystérectomie vaginale.

2me *intervention* le 5 juin 1930, hystérectomie vaginale, Dr J. Quénu, rachianesthésie : (complète)

« Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen, assez difficile. Il existe 4 à 5 fibromes du volume d'une prune à celui d'une mandarine : le plus gros sur la face postérieure. Pinces à demeure. Mickulicz. 2 mèches. »

Sortie le 28 juin 1930.

Revue le 4 août 1930 : en très bon état local et général.

Revue en 1933 ; T. V. : normal. Pas de sang. Pas de douleurs. Bouffées de chaleur.

**Obs. 8.** — nos *2864-4273*. Mme K. , 40 ans.

Vient le 28 septembre 1928. Admission le jour même.

3 enfants ; pas de fausse couche.

*H. M.* : Bien réglée jusqu'à 39 ans. Depuis un an : ménorragies (12 jours). Métrorragies continues depuis 22 jours. Fatigue extrême. Pâleur, pas de fibrome à l'examen clinique.

1re *intervention* le 29 septembre 1928, curettage biopsique, M. Stoïa (interne) anesthésie générale : éther.

« Dilatation aux bougies. Hystérométrie : 9 cm. On ne sent pas de noyaux utérins ni de bourgeons. Muqueuse normale. »

Sortie le 6 octobre 1928.

Revient en octobre 1930 : les règles ont été normales pendant 5 mois, puis ménorragies abondantes, sans métrorragies, après le curettage. Utérus dur mais peu augmenté de volume. Col métritique.

Rentre le 4 novembre 1930.

2me *intervention* le 6 novembre 1930, hystérectomie subtotale. Dr J, Quénu, anesthésie générale : éther.

« Utérus fibromateux. Femme grasse. Subtotale. Petit drain. Pièce : un fibrome gros comme une noix dans le fond de la cavité utérine plus un fibrome du col, plus petit et sous muqueux. »

Sortie le 26 novembre 1930.

Revue en 1933 : très bon état depuis l'opération. Ni sang ni douleur.

2 Polypes intra-utérins

**Obs. 9.** — *n° 2313.* Mme B.., 49 ans.

Vient le 30 décembre 1927.

*H. M.* : Bien réglée jusqu'à 46 ans. En 1924, on enlève un polype du col, puis en 1927, on en enlève 2 autres, examinés à l'Institut Curie. Depuis, métrorragies quotidiennes.

Entrée le 2 janvier 1928.

*Intervention* le 4 janvier 1928, curettage biopsique. M. Stoïa (interne) ; anesthésie générale : éther.

« Dilatation aux bougies. Hystérométrie : 9 cm. On ramène des débris de couleur noirâtre, sans apparence de malignité. Lavage intra-utérin. »

Sortie le 16 janvier 1928.

Revue le 5 août 1929 : règles régulières.

Revue en 1933 : règles irrégulières (3 fois en 1932) ; troubles des règles de la ménopause ; puis, plus une goutte de sang après juillet 1932.

**Obs. 10.** — *n° 2575.* Mme N.., 42 ans.

Vient le 3 mai 1928 pour métrorragies profuses.

*H. M.* : Métrorragies abondantes depuis quelques mois ; diagnostic clinique : gros fibrome intra-utérin.

Entrée le 3 mai 1928.

*Intervention* le 5 mai 1928, hystérectomie subtotale. Dr J. Quénu anesthésie générale : éther.

« Subtotale avec petit drain. La pièce : dans la cavité utérine, une petite tumeur en partie sphacélée polypoïde. »

*Histologie* : « Polype muqueux simple, compliqué d'apoplexies très étendues ayant tué tous les tissus. » (Letulle)

Sortie le 25 mai 1928 ;
Malade non retrouvée.

### I Salpingite kystique

**Obs. 11.** — *nos 3.924-4.032*. Mme B..., 46 ans.

Vient le 28 mars 1930 pour pertes blanches et filets de sang depuis un mois et demi.

Pas d'enfant, pas de fausse couche,

H.M. : Bien réglée jusqu'à 40 ans. Mal réglée, depuis.

Petites métrorragies quotidiennes avec pertes blanches.

T. V. normal.

Revue le 28 avril 1930 : métrorragies plus abondantes depuis quelques jours.

Entrée le 30 avril 1930

*1re Intervention* le 1er mai 1930. Curettage biopsique. M. Bouvier (interne) anesthésie générale : éther.

« Dilatation : hystérométrie : 9, 5 cm. Rares débris de muqueuse. Mèche vaginale ».

*Histologie* : « Métrite aigüe congestive. » (Letulle).

Le 5me jour après le curettage : température : 40°. Frisson. Ventre douloureux. Grosse masse salpingienne droite. Glace sur le ventre, Huile camphrée. Digitale.

Du 12 au 16 mai : propidon. 8 jours après : température : 37°. Suppression de la glace.

Le 7 juin : la masse annexielle semble diminuer de volume.

*2me intervention* le 11 juin 1930. Hystérectomie subtotale. Dr J. Quénu : anesthésie générale : éther.

« Subtotale pour pyosalpinx droit et salpingite gauche, par le procédé américain. Le pyosalpinx se rompt au cours de l'éxérèse. Mickulicz. »

Le lendemain T. : 39°. Puis, descente en lysis.

Sortie en bon état le 27 juillet 1930.

Revue le 23 septembre 1930 : excellent état.

Revue le 16 février 1934 : très bon état local et général.

### 2 Ovarites kystiques

**Obs. 12.** — nos *4.606-4.634*. Mme P..., 49 ans.

Vient le 24 avril 1931 pour métrorragies depuis un mois.

2 enfants. Pas de fausse couche.

H. M. Bien réglée jusqu'à 48 ans. 2 métrorragies (une il y a 8 mois, l'autre depuis 1 mois qui dure toujours).

*Examen* : Utérus petit et globuleux. Culs-de-sac souples. Spéculum : gros col avec orifice saignant.

Entrée le 24 avril 1931.

*1re intervention* le 27 avril 1931. Curettage biopsique. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Dilatation ; hystérométrie : 10 cm. Quelques débris de muqueuse épaissie ne présentant pas l'aspect néoplasique. »

*Histologie* : « Epithélioma cylindrique + myome malin ? » Lavedan)

*2me intervention* le 7 mai 1931. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Totale. Drain vaginal : la pièce : *ovaires kystiques*. Pas de tumeur macroscopique dans la cavité utérine. »

*Histologie :* « Pas de signes de dégénérescence maligne. Par « places, des zones en voie de sphacèle ». (Lavedan). «Lésion béni- « gne ». (Nyka).

Sortie le 29 mai 1931.

Bonnes nouvelles reçues le 2 janvier 1932.

**Obs. 13.** — *nos 5.135*. Mme P.., 47 ans.

Vient le 11 février 1932 pour métrorragies abondantes. 2 enfants. Pas de fausse couche.

H. M... bien réglée jusqu'en novembre dernier.

En novembre : règles le 1er et le 24. En décembre : règles le 29, puis pertes rosées. En janvier : règles le 15, puis métrorragies abondantes avec caillots.

T. V... col un peu induré, entr'ouvert.

Entrée le 11 février 1932.

*Intervention* le 17 février 1932. Hystérectomie subtotale. Dr Cl. Béclère (assistant). Anesthésie générale : éther.

« Petit fibrome, uniquement sous séreux : *ovaire droit kystique* ».

Sortie le 12 mars 1932

Revue le 11 avril 1933 : très bon état local et général.

— II —

## Métrorragies fonctionnelles

**Obs. 14.** — *n° 477.* Mme A.., 48 ans.

Vient le 24 août 1925. 1 enfant. Pas de fausse couche.

H. M. : bien réglée jusqu'à 46 ans, puis déréglée : alternatives d'aménorrhée, durant de 2 à 5 mois et de métrorragies ayant duré jusqu'à 2 mois : Métrorragies ménopausiques typiques.

*Examen* : col gros et dur, surtout lèvre post. Utérus un peu gros.

Entrée le 25 août 1925.

*Intervention* le 29 août 1925. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Totale. Pièce : utérus gros, très épais, ne contenant ni fi-« brome, ni cancer, mais une hypertrophie scléreuse de toutes les « parois ».

Sortie le 8 octobre 1925.

Revue le 16 mai 1927, le 10 septembre 1928, le 4 janvier 1930, et en 1933 : excellent état.

**Obs. 15.** — *nos 491-508.* Mme C.., 43 ans.

Vient le 17 août 1925 pour métrorragies répétées.

3 enfants. Pas de fausse couche.

H. M. : hyperménorrhée congénitale (règles tous les 15 à 21 jours);

Depuis 3 mois, pertes abondantes tous les 8 jours : Il y a un an, métrorragies continues pendant 5 mois.

*Examen :* col normal. Utérus un peu gros. Rien aux annexes.

Spéculum : col normal.

Entrée le 31 août 1925.

*1re intervention* le 5 septembre 1925. Curettage biopsique. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Dilatation laminaires. Hystérométrie : 7 cm. »

*Histologie* : « métrite chronique en voie de transformation suspecte » (Milkovitch).

*2me intervention* le 15 septembre 1925. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

*Histologie* : « lésion bénigne ».

Sortie le 9 octobre 1925.

Revue le 25 octobre 1925 : excellent état local. Vagin souple. Bonne paroi.

Revue le 4 septembre 1931 : bon état local. Se plaint de céphalées. Pas de douleur.

**Obs. 16.** — *n° 496.* Mme L..., 47 ans.

Vient le 24 août 1925 pour métrorragies.

1 enfant. Pas de fausse couche.

H. M. : réglée régulièrement jusqu'à 45 ans. Depuis, règles tous les 2 mois. 2 métrorragies abondantes (de 17 et de 24 jours).

*Examen* : utérus petit, rétroversé : spéculum : col très rouge.

Entrée le 27 août 1925.

*Intervention* le 8 septembre 1925. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Totale. Drain vaginal. Pas de tumeur. »

Sortie le 1er octobre 1925.

Suites excellentes. Perdue de vue il y a 3 ans. Malade pas retrouvée, depuis ce temps.

**Obs. 17.** — *n° 683.* Mme D..., 49 ans.

Vue le 30 novembre 1925 pour métrorragies.

1 enfant. Pas de fausse couche.

*H. M. :* bien réglée jusqu'à 48 ans. Depuis un an, mal réglée. Quelques métrorragies, peu abondantes, répétées.

*Examen* : normal localement.

Entrée le 1er décembre 1925.

*Intervention* le 3 décembre 1925. Curettage biopsique. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Dilatation : aucun débris anormal ».

Sortie le 5 décembre 1925.

Revue le 30 août 1926 : pas une goutte de sang depuis le curettage.

Revue le 5 mai 1930 : n'est plus réglée ; n'a fait qu'une petite métrorragie en 1927, puis plus rien. Excellent état local et général.

Revue en 1933 : bonne santé, rien d'anormal.

**Obs. 18.** — *n° 725.* Mme F..., 52 ans.

Entrée le 28 novembre 1925 pour métrorragie très abondante.

*H. M.* : règles abondantes depuis 3 mois, après aménorrhée de 2 mois.

Depuis le 11 novembre : métrorragie très abondante.

Après examen : on fait le diagnostic de fibrome. Anémie :

G. R. = 2.300.000. Malgré le traitement général, les hémorragies continuent abondamment, le 7 décembre.

*Intervention* le 23 décembre 1925. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Gros utérus blanc, scléreux. Pas de néo, pas de polype.

« Surface interne blanche, semblant dépourvue de muqueuse.

« Cavité élargie ».

Sortie le 14 janvier 1926.

Revue le 8 mars 1926 et le 31 décembre 1926 en très bon état.

Malade devenue introuvable, dans la suite.

**Obs. 19.** — *nos 1163 1267.* Mme D.., 40. ans

Consulte le 9 août 1926 pour métrorragies depuis un an.

1 enfant. Pas de fausse couche.

*H. M.* : bien réglée jusqu'à 39 ans. Depuis un an, métrorragies presque quotidiennes : ne reste pas plus de 6 jours chaque mois sans perdre.

*Examen* : utérus gros et entr'ouvert.

Entrée le 6 septembre 1926.

*1re intervention* : le 9 septembre 1926. Curettage biopsique. M. Fleury (interne). Anesthésie générale : éther.

« Dilatation. Hystérométrie : 7 cm 5 : on ramène des débris de « muqueuse ».

*Histologie* : « épithélioma cylindrique au début ? Les figures « de karyokinèse sont peu nombreuses. Les assises basales ne sont « rompues que dans quelques endroits ». (Milkovich). « Lésion bénigne ». (Nyka).

*2e intervention* le 19 octobre 1926. Hystérectomie totale. Dr J. Quénu anesthésie générale : éther.

« Totale. Drain vaginal. La pièce : pas de tumeur visible dans « la cavité utérine. Gros utérus blanc ».

Sortie le 13 novembre 1926.

Revue le 11 mars 1927. : très bon état.

Revue le 23 mars 1928 T. V : culs-de-sac souples. Se plaint de douleurs dans la F. I. D. Mac Burney très net. Diastasis des droits.

Revue le 25 mai 1928 : toujours point sensible au Mac Burney. Appendicite à opérer. T. V. : tout à fait normal.

Revue le 8 avril 1929 : Très bon état général.

Revue le 12 septembre 1932 : excellent état général et local.

**Obs. 20.** — *n° 1278.* Mme B.., 45 ans.

Vue le 22 octobre 1926 pour troubles des règles et métrorragies.

2 enfants + 2 fausses couches (la dernière il y a 6 mois).

*H. M.* : troubles menstruels depuis 1 an.

Aménorrhée 4 mois, puis métrorragie de 12 jours, suivie d'aménorrhée de 1 mois. — Depuis trois mois, perd tous les jours.

Entrée le 22 octobre 1926.

*Intervention* le même jour : curettage biopsique. M. Stoïa (*interne*). anesthésie générale : éther.

« Quelques débris de muqueuse épaisse ».

Nouvelles reçues en 1933 : après curettage : arrêt net des métrorragies. Les règles reviennent, puis ménopause naturelle en 1927. Pas une goutte de sang depuis lors. Troubles vaso-moteurs. A engraissé.

**Obs. 21.** — *n^os 1601-2972.* Mme P.., 50 ans.

Vient le 14 janvier 1927 pour métrorragies.

2 enfants. 1 fausse couche de 3 mois.

*H. M.* : bien réglée jusqu'à 49 ans. Aménorrhée de 3 mois, puis métrorragies peu abondantes depuis 2 mois. Col en avant.

Entrée le 3 mars 1927.

*1^e intervention* le même jour : curettage biopsique. M. Stoïa (*interne*). Anesthésie générale : éther.

« Quelques fragments de muqueuse. Pas de bourgeonnements « néoplasiques ».

Sortie le 13 mars 1927.

Après ce curettage : régles en mars et en août 1927 seulement.

Revient le 18 novembre 1928 : métrorragies continues depuis 3 mois. Le col est normal, petit. L'examen est difficile, (paroi épaisse).

*2^e intervention* le 22 novembre 1928. Curettage biopsique. M. Goidin (interne). Epidurale.

« Hystérométrie : 6, 5 cm. ; des débris insignifiants. »

Sortie le 29 novembre 1928.

Pas une goutte de sang depuis ce 2^me curettage. Pas de règles. Bouffées de chaleur.

Revue le 24 janvier 1933 : excellent état.

**Obs. 22.** — n° 2028. M^me G.., 53 ans.

Ovariotomie en 1912.

*H. M.* Aprés aménorrhée de 3 mois, a des métrorragies quotidiennes.

Utérus un peu gros.

Entrée le 2 septembre 1927.

*Intervention* le même jour, curettage biopsique. M. Martinais (interne) anesthésie générale : éther.

« Dilatation du col. Quelques fragments. »

*Histologie* : « métrite hémorragique » (Letulle )

Sortie le 4 septembre 1927.

Reste 2 mois sans perdre, puis, de nouveau : métrorragies, puis ménorragies, enfin guérison locale.

Décédée le 10 juin 1931, d'une maladie n'ayant aucun rapport avec ses métrorragies antérieures.

**Obs. 23.** — n°2472. Mme G..., 52 ans.

Vient le 12 mars 1928 pour métrorragies quotidiennes.

4 enfants. Pas de fausse couche.

*H. M.* : Bien réglée jusqu'à 48 ans. Depuis : règles de même durée mais plus abondantes avec métrorragies presque quotidiennes dans l'intervalle, depuis 4 ans. Pas de douleurs. Pas de bouffées de chaleur.

*Examen* : Utérus normal, un peu gros. Spéculum = 0.

Entrée le 12 mars 1928.

*Intervention* le 13 mars 1928. Curettage biopsique. M. Martinais (interne), épidurale.

« Dilatation du col ; quelques débris ; hystérométrie : 11 cm. »

*Histologie* : « Col fibreux avec glandes dilatées sans tranformation cancéreuse. » (Letulle)

Sortie le 23 mars 1928.

Après le curettage : règles en mai et août 1928, puis plus rien ; ménopause définitive.

Revue en janvier 1933 : examen normal sauf métrite légère : a engraissé de 18 kgs.

**Obs. 24.**— *n° 2523.* Mme G,.., 46 ans.

Vue le 24 mars 1928.

2 enfants, 1 fausse couche.

H. M. : bien réglée jusqu'à 45 ans, puis déréglée (15 jours de retard) ; puis 2 mois d'aménorrhée. Depuis 2 mois, petites pertes sanguines avec fatigue.

*Examen* : col petit et dur, saignant, bride vaginale.

Entrée le 28 mars 1928.

*Intervention* le 3 avril 1928. Curettage biopsique. M. Stoïa interne). Anesthésie générale : éther.

« Dilatation aux bougies ; quelques fragments de muqueuse « utérine. »

*Histologie* : « métrite hypertrophique ; col fibromateux ; pas « de transformation néoplasique ». (Letulle)

Sortie le 10 avril 1928.

Aucune récidive depuis le curettage ; quelques bouffées de chaleur.

Revue en 1933, en excellent état : petit utérus : col normal.

**Obs. 25.** — *n° 2664.* Mme R..., 41 ans.

Vue et rentrée le 6 juin 1928.

3 enfants. Pas de fausse couche.

En 1920 : crise de salpingite droite et règles douloureuses.

Actuellement : brûlures à la miction, pertes jaunes.

Quelques métrorragies très discrètes.

*Intervention* le 13 juin 1928 : curettage biopsique. M. Stoïa (interne). Epidurale (très bonne).

« Dilatation : quelques débris de muqueuse d'aspect normal ».

Sortie le 23 juin 1928.

Après le curettage : règles très abondantes (durée 4 jours), mais les ménorragies ont disparu. Il persiste de la métrite et de la cystite.

Revue le 2 décembre 1932 : plus de métrorragies, mais toujours des ménorragies. Utérus dévié à droite.

Revue le 13 octobre 1933 : les règles durent 7 jours. Petite masse annexielle droite. Pas de métrorragie.

**Obs. 26** — *n° 2910.* Mme P..., 41 ans.

Vue le 17 septembre 1928 pour métrorragies répétées.

Pas d'enfant. Pas de fausse couche.

H. M. : bien réglée jusqu'en janvier 1928. Depuis 8 mois, métrorragies durant 2 à 3 jours, 3 à 4 fois par mois.

*Examen* : utérus antéversé. *Speculum* : col ponctiforme, laissant s'écouler de la sérosité rosée.

Entrée le 22 octobre 1928.

*Intervention* le 23 octobre 1928 : curettage biopsique. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Hystérométrie : 8 cm. : on ne sent rien. La curette ne ramène « que quelques débris de muqueuse semblant normaux.

Sortie le 2 novembre 1928.

Revue : les règles sont devenues régulières. Disparition des métrorragies (1933),

**Obs. 27.** — *n*os *2935-2950*, Mme C..., 41 ans.

Bien réglée jusqu'à 40 ans.

H. M. : Métrorragies très abondantes ; depuis un an, tous les mois.

Entrée le 4 novembre 1928.

*1ere intervention* le 5 novembre 1928 : curettage biopsique. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« *Examen sous-anesthésie* : col normal, mais entr'ouvert, admet « la bougie ; utérus globuleux, très dur, mais pas notablement « augmenté de volume.

« Hystérométrie ; 9 cm. A la curette, sensation de cavité « élargie : aucun débris suspect. »

*2emo intervention* le 20 novembre 1928 : hystérectomie subtotale. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Subtotale difficile. L'utérus remonte mal. Gros utérus sclé- « reux, ne contenant aucune production humorale. Ovaires aplatis « et scléreux. »

Sortie le 8 décembre 1928.

Suites normales. Guérison.

Revue en décembre 1932 : pas de sang ; pas de douleurs.

**Obs. 28.** — *n*o *3112*. Mme L..., 40 ans.

Vue le 11 janvier 1929 pour métrorragie unique.

4 enfants. Pas de fausse couche.

H. M. : irrégulièrement réglée depuis le dernier accouchement (5 ans).

1 seule métrorragie du 2 décembre au 2 janvier dernier.

*Examen* : pas de sang actuellement : utérus mobile, dur au toucher, irrégulier.

Entrée le 2 février 1929.

*Intervention* le 6 février 1929 : curettage biopsique. M. Chevalier (interne), anesthésie générale : éther.

« Hystérométrie : 9 cm. ; pas de débris suspects ».

*Histologie* : « col fibreux, irrité ; pas de cancer » (Letulle).

Sortie le 15 février 1929.

Après le curettage : règles régulières et moins abondantes. Pas de métrorragies.

Le 8 mars 1929 : revient pour des douleurs dans la F. I. D.

Revue en 1933 : règles irrégulières, moins abondantes qu'autrefois. Palpitations. A grossi de 8 kgs.

**Obs. 29.** — *n*os *3269-3797*. Mme P., 42 ans.

Vient le 15 avril 1929 pour pertes de sang depuis 15 jours.

1 enfant, plus une fausse couche.

H. M. : bien réglée jusqu'à 40 ans. Règles irrégulières, depuis. Forte métrorragie le 1er avril, puis pertes rouges quotidiennes.

Entrée le 16 avril 1929.

*1re intervention* le 23 avril 1929 : curettage biopsique. Dr J. Quénu, anesthésie générale : éther.

« Quelques débris non suspects ».

Sortie le 3 mai 1929.

Revient le 16 décembre 1929 pour récidive : métrorragies continuelles.

*Lipiodol* le 3 février 1930 : « image utérine anormale, traduisant une hyperplasie muqueuse bénigne ». (Cl. Béclère).

Rentrée le 19 février 1930.

*2me intervention* le 26 février 1930 : curettage biopsique. M. Bouvier (interne), anesthésie générale : éther.

« Fragments surtout dans la corne droite ».

*Histologie* : « métrite hypertrophique, tendant à l'évolution adénomateuse, sans transformation maligne » (Letulle).

Sortie le 5 mars 1930.

Après ce 2me curettage : aménorrhée de 3 mois, puis petite perte pendant 3 semaines.

Revue en 1933 : troubles de la ménopause ; plus de sang.

**Obs. 30.** — *n*o *3542*. Mme L., 48 ans.

Vient le 11 octobre 1929 pour métrorragies irrégulières.

H. M. Bien réglée jusqu'à 46 ans. Depuis 18 mois à 2 ans, règles plus espacées et plus abondantes (durant parfois 4 semaines) est restée 47 jours sans perdre puis a perdu 45 jours sans arrêt. Actuellement métrorragies plus rares : métrorragies de la ménopause typiques.

*Examen* : Utérus petit. Une petite masse à gauche indépendante de l'utérus.

*Lipiodol* : (octobre 29) « petite cavité utérine absolument normale de face et de profil. » (Cl. Béclère)

Entrée le 14 octobre 1929.

*Intervention* le 23 octobre 1929, curettage biopsique. M. Constant (interne), anesthésie générale : éther.

Sortie le 31 octobre 1929.

Pas de sang jusqu'en février 1930, puis règles régulières tous les mois, jusqu'en septembre 1930, puis aménorrhée complète. Ménopause définitive.

Revue le 31 janvier 1930, le 28 mars 1930.

En novembre 1933 : ne se plaint que de bouffées de chaleur depuis 2 ans. A engraissé de 11 kgs.

**Obs. 31.** — *n° 3599.* Mme D..., 42 ans.

Vient le 30 juillet 1929 pour plusieurs métrorragies.

1 enfant, 1 fausse couche.

H.M. : Règles douloureuses, précédées d'abondante leucorrhée.

Ménorragies depuis 2 ans ; 1 métrorragie en mai 1926 ; 1 autre en août 1927.

*Examen* : on fait le diagnostic de fibrome.

Revue en octobre 1929 : a eu grosse métrorragie de 15 jours en septembre.

Entrée le 26 octobre 1929.

*Intervention* le 14 novembre 1929, hystérectomie subtotale. Dr Quénu, anesthésie générale : éther.

« Gros utérus à parois très épaisses, scléreux, sans tumeur incluse, pas de fibrome. »

Sortie le 5 décembre 1929.

Revue le 7 février 1930. Très bon état. Revient pour hémorroïdes, n'a plus ni douleur ni sang depuis l'opération.

Revue en 1933 : ne se plaint que de bouffées de chaleur.

**Obs. 32.** — *n° 2803.* Mme G..., 48 ans

Vient le 14 février 1930 pour une métrorragie après un retard de un mois (en octobre).

1 enfant, 5 fausses couches.

H. M. : Bien réglée jusqu'en mars dernier. Déréglée, depuis. Perd quotidiennement depuis novembre.

*Examen :* Utérus gros, mais sans consistance fibromateuse. Rétroversion.

Entrée le 25 février 1930.

*Intervention* le 27 février 1930, Curettage biopsique. Dr J. Quénu ; anesthésie générale : éther.

« Cavité : 9 cm. Rétroversion. On n'a pas l'impression de tumeur dans l'utérus. Quelques débris muqueux. »

*Histologie* : « Métrite hypertrophique hémorragique ». (Letulle)

Sortie le 6 mars 1930.

Revue le 23 juin 1930, en 1931, en 1933.

Après le curettage : aménorrhée de 3 mois, puis pertes en juin.

En 1931 : perd un peu en janvier, un peu en juillet seulement.

En 1932 : perd un peu en janvier, puis plus rien. Bouffées de chaleur ; troubles nerveux calmés par la valériane. Actuellement, va bien.

**Obs. 33.** — n° 2852. Mme L.., 42 ans.

Vue le 7 mars pour métrorragies de 15 jours.

3 enfants. 2 fausses couches.

*H. M.* : Déréglée depuis 6 mois. Oligoménorrhée, puis métrorragie unique depuis 15 jours.

*Examen* : col irrégulier, corps normal et mobile.

*Intervention* le 14 mars 1930. Curettage biopsique. M. Bouvier (interne) anesthésie générale : éther.

« Cavité : 11 cm. Dilatation. Lambeaux de muqueuse. »

*Histologie* : « Métrite hypertrophique congestive » (Letulle).

Sortie le 26 mars 1930.

Après le curettage : aménorrhée 3 mois, puis règles irrégulières.

En 1933 : revue : va bien ; pas de métrorragies.

**Obs. 34.** — n° 3.904. Mme G., 49 ans.

Vient le 10 janvier 1930 pour métrorragies abondantes.

6 enfants (dont 2 jumeaux). Pas de fausse couche.

*H. M.* : Bien réglée jusqu'en avril 1929.

Depuis mai, tous les 3 mois, métrorragie abondante durant 1 mois environ, obligeant à garder le lit. Règles allongées.

*Examen* : Utérus un peu gros, un peu bosselé à droite.

Entrée le 9 avril 1930.

*Intervention* le 11 avril 1930. *Lipiodol* : cavité régulière, curettage biopsique ; M. Bouvier (interne) ; pas d'anesthésie.

« Dilatation aux bougies, débris de muqueuse. Pas d'injection utérine. »

*Histologie* : « métrite hémorragique hypertrophique sans aucune trace de transformation néoplasique. » (Letulle)

Sortie le 17 avril 1930.

Revue le 25 août 1930 : a perdu après le curettage : gros utérus. Indication : *Rayons X.*

Revue le 20 octobre 1930 : la malade est stérilisée. (rayons filtrés sur Al. plus Cu ; dose totale : 4500 R. (Vaudet)

Revue le 22 décembre 1930 : plus de sang depuis R. X.

Revue en 1933, excellent état, ne perd plus. Utérus normal.

**Obs. 35.** — n° 3953. Mme C.., 52 ans.

Vue et entrée le 10 mai 1930.

2 enfants. Pas de fausse couche.

*H. M.* : Ovariotomie à 45 ans pour kyste droit. Bien réglée jusqu'en février 1930. Puis, aménorrhée de 2 mois.

Il y a 3 semaines : petit suintement sanguin qui dure, malgré le traitement médical, (plus abondant depuis quelques jours).

*Intervention* le 11 mai 1930. Curettage biopsique. Dr J. Quénu anesthésie générale : éther.

*Histologie* : « Métrite aigüe fongueuse » (Letulle).

Application de *Radium* le 19 mai 1930.

Revue le 3 novembre 1930 : plus une goutte de sang depuis le Radium, pas de douleurs, a engraissé beaucoup. Examen local : normal.

Revue le 15 octobre 1932 : excellent état. Pas de sang ni douleur.

**Obs. 36.** — n° 4236. Mme L., 45 ans.

Vient le 19 septembre 1930.

3 enfants. 1 fausse couche.

*H. M.* : Dernières règles normales : il y a 3 mois. Perd continuellement, depuis, peu abondamment, sans douleur.

L'utérus est normal au toucher.

Entrée le 11 octobre 1930.

*Intervention* le 16 octobre 1930. Curettage biopsique. M. Constant (interne) anesthésie générale : éther.

« Cavité utérine : 9 cm. Libre et régulière. Quelques débris. »

*Histologie* : « Métrite hypertrophique congestive sans transformation tumorale maligne. » (Letulle).

Sortie le 23 octobre 1930

Après le curettage : aménorrhée de 2 mois. Puis, pendant 3 mois, règles normales. Puis pendant 4 mois : métrorragies quotidiennes.

En 1932 : 3 périodes menstruelles : ménopause par étapes.

Revue en 1933 : plus de sang : excellent état.

**Obs. 37.** — n° *4276*. Mme L.., 49 ans.

Vue le 20 octobre 1930.

1 enfant. 1 curettage. Hystéropexie il y a 6 ans.

*H. M.* : Bien réglée. Métrorragie unique il y a 3 semaines qui a duré 15 jours.

*Examen* : utérus gros et dur. Femme énorme.

Entrée le 5 novembre 1930.

*Intervention* le 6 novembre 1930. (Curettage biopsique. (Dr J. Quénu (anesthésie générale : éther.)

« 1) examen sous anesthésie : utérus avec 2 bosselures sur le fond.

2) hystérométrie : 11 cm.

3) dilatation : quelques débris. »

*Histologie* : « métrite hypertrophique hémorragique ; évolution adénomateuse manifeste non cancereuse, mais cependant pronostic réservé. » (Letulle)

Sortie le 14 novembre 1930.

Malade non retrouvée.

**Obs. 38.** — *n° 4418*. Mme D.., 42 ans.

Vue le 12 janvier 1931.

Pas de grossesse.

*H. M.* : Depuis 4 mois, ménorragies puis métrorragies quotidiennes depuis 1 mois. Examen impossible : femme énorme.

Entrée le 16 janvier 1931.

*Intervention* le 19 janvier 1931. Curettage biopsique. Dr Quénu, anesthésie générale : éther.

« 1) examen sous anesthésie : l'utérus n'est pas augmenté de volume.

2) hystérométrie : 10 cm.

3) dilatation curettage. »

*Histologie* « métrite hypertrophique subaigüe sans transformation néoplasique. » (Letulle)

Sortie le 25 janvier 1931.

Après le curettage : règles régulières, moins abondantes. Aucune métrorragie.

Revue en 1933 : bien réglée. Bon état.

**Obs. 39.** — *n° 4477.* Mme S.., 55 ans.

Vient et entre le 10 février 1931

6 enfants. Pas de fausse couche

*H. M.* : Réglée régulièrement jusqu'à 52 ans. De 52 à 55 ans : réglée toutes les 5 semaines environ (durée : 5 jours). En janvier dernier, une métrorragie de 10 jours, abondante.

*Intervention* le 11 février 1931 ; curettage biopsique. Mme Bocquentin (interne) ; anesthésie générale : éther.

« On a de la difficulté à retirer quelques lambeaux. Pas de sensation de masse utérine. »

*Histologie* : « métrite chronique subaigüe. Pas de transformation maligne. » (Letulle)

Sortie le 17 février 1931.

Pas de sang jusqu'en août 1931. Pertes en novembre, puis février et juillet 1932. Bouffées de chaleur en juillet 1932,

Revue le 26 septembre 1932 : excellent état local et général. Aucune perte. Examen local : normal.

**Obs. 40.** — *n° 4501,* Mme P. , 43 ans.

Vient le 19 février 1931 pour métrorragies discrètes.

1 enfant. 1 fausse couche. Petit goitre thyroïdien soigné en 1929.

*H. M.* — Depuis un an ; règles abondantes et douloureuses. Leucorhée. Quelques petites métrorrragies dans l'intervalle.

*Examen* : utérus semblant normal. Fond globuleux.

Entrée le 19 février 1931 : on fait 3 propidon à cause de la temp. subfébrile.

*Intervention* le 24 février 1931 curettage ; biopsique Dr Quénu ; anesthésie générale : éther.

« Hystérométrie : 10 cm. Quelques débris muqueux un peu épaissis »

Sortie le 2 mars 1931.

Règles régulières après le curettage, aucune métrorragie.

En 1934 : bonne santé. Bien réglée.

**Obs. 41.** — *n° 4592.* Mme M.., 50 ans.

Vient le 20 février 1931 pour métrorragie abondante.

11 enfants. 1 fausse couche.

*H.M.* : Depuis la 12me grossesse, à 44 ans : Ménorragie (12 jours). Puis déréglée. Il y a 15 jours pour la 1re fois, métrorragie abondante, 15 jours après les règles, qui dure encore. La malade ne veut pas de Rayons X. On opère.

Entrée le 17 avril 1931.

*Intervention* le 21 avril 1931 hystérectomie subtotale, Dr J. Quénu ; anesthésie générale : éther.

« Subtotale. Gros utérus scléreux. Pas de fibrome, ni de néo, Gros utérus blanc et dur. Petit drain cigarette.

Sortie le 16 mai 1931.

Revue le 22 janvier 1932 : excellent état. Aucune perte.

Revue le 3 juin 1932 :

Revue le 15 octobe 1932 :(id)

Revue le 15 octobre 1933 : quelques douleurs abdominales. Pas de sang.

**Obs. 42.** — *n° 4624.* Mme S., 47 ans.

Vient le 27 avril 1931 pour abondante métrorragie avec caillots 3 enfants (morts tous les 3).

*H. M.* : Depuis 4 mois déréglée.

Le dernier mois : est restée 18 jours au lit pour métrorragie abondante après les règles.

*Examen* : col haut. utérus un peu gros.

Entrée le 28 avril 1931.

*Intervention* le 5 mai 1931, curettage biopsique. Mme Bocquentin (interne) anesthésie générale : éther.

« Dilatation. Pas de sensation de tumeur, Hystérométrie : 8 1/2 cm.

Corps un peu gros et mou. Très peu de fragments ».

*Histologie* : impossible ; trop petits débris.

Sortie le 16 mai 1931.

Réglée régulièrement sans métrorragie après le curettage.

En novembre 1933 : excellent état.

**Obs. 43.** — *n° 4722 4737.* Mme W.., 49 ans.

Vient et entre le 12 juin 1931 pour métrorragie unique.

3 enfants : pas de fausse couche.

*H. M.* : Depuis janvier : règles très peu abondantes. Puis métrorragie unique qui dure 1 mois.

*Examen* : Col gros, bosselé à droite. Utérus gros et dur.

Spéculum : col métritique.

*1me Intervention* le 13 juin 1931 curettage biopsique, Dr J. Quénu anesthésie générale : éther.

*Histologie* : « Epithélioma cylindrique ? » (Lavedan)

*2 intervention* 20 juin 1931 hystérectomie totale Dr J. Quénu anesthésie générale : éther.

*Histologie* : « muscle utérin normal ; muqueuse et formation glandulaire normales. « (Lavedan).

Sortie le 11 juillet 1931.

Revue en 1933, excellent état local et général.

**Obs. 44.** — *n° 4775-4845.* Mme J.., 41 ans.

Vient le 17 août 1931 pour métrorragies depuis 6 semaines

2 enfants, pas de fausse couche.

*H. M.* Très bien réglée jusqu'en juin dernier. Métrorragie du 1er au 27 juillet ; puis le 1er août, qui dure encore : sang pur avec caillots.

*Examen* : rien au col, utérus un peu gros sans fibrome perceptible. Le 22 août : tendance syncopale : entre d'urgence.

1re *Intervention* le 1er septembre 1931 : curettage biopsique. Dr J. Quénu ; anésthésie générale : éther.

« Hystérométrie : 11 cm., fragments de muqueuse épaissie ».

*Histologie* : « Epithélioma cylindrique ? (Lavedan) .

2me *intervention* le 30 septembre 1931 ; hystérectomie subtotale ; Dr J. Quénu ; anesthésie générale : éther.

« Pièce : utérus un peu gros : pas trace de tumeur dans la cavité utérine ; muqueuse épaisse, blanche, à surface parfaitement régulière ».

*Histologie* : « 1re coupe revue : « métrite bénigne » (pas d'épithélioma) (Nyka).

Sortie le 18 novembre 1931, après suites difficiles (endocardite).

Revue le 16 septembre 1932 en excellent état.

Revue en novembre 1933 : va très bien.

**Obs. 45.** — *n° 4839* Mme B., 41 ans.

Entre d'urgence le 21 septembre 1931 pour métrorragie très grave.

1 enfant mort, 2 fausses couches.

*H. M.* Bien réglée, mais avec pertes jaunes et douloureuses.

Dernières règles le 8 septembre.

2 métrorragies le 10 et 18 Aujourd'hui, métrorragie très abondante.

Tamponnement, Hémostyl. Anthêma, ergotine.

le 22 : arrêt de l'hémorragie ; T. de C : 6 m, après traitement par Hémostyl.

le 23 : l'hémorragie recommence : l'utérus est normal.

*Intervention* le 26 septembre 1931 ; curettage biopsique ; M. Butaud (interne) anesthésie générale éther.

« Hystérométrie : 10 cm. col perméable, cavité utérine très large, parois normales sauf débris nombreux de muqueuse à droite»

*Histologie* : « prolifération pseudo-glandulaire » (Lavedan)

Les jours suivants l'hémorragie cesse.

Sortie le 12 octobre 1931.

Puis pendant 5 mois : règles normales, aucune métrorragie,

Revue le 18 août 1932 : excellent état.

Revue en novembre 1933 : bien réglée ; examen : légère métrite.

**Obs. 46.** — *nos 4897-5566.* Mme P.. 47 ans.

Vient le 24 octobre 1931, pour hémorragies abondantes et douloureuses.

2 enfants, métrite il y a 20 ans.

H. M. : Bien réglée jusqu'en juillet dernier Depuis, règles très abondantes avec caillots. 2 métrorragies après les règles qui sont douloureuses.

*1re intervention* le 26 octobre 1931 : curettage biopsique, Dr J. Quénu, anesthésie générale : éther.

« Hystérométrie : 8 1/2 cm. Dilatation. Pas de débris sus-« pects. »

*Histologie* : « prolifération glandulaire marquée mais conservation des basales intégralement ; absence de mitoses. » (Lavedan).

Sortie le 3 novembre 1931.

Revient le 16 septembre 1932 : bouffées de chaleur typiques. Ménorragies abondantes.

*2me intervention* le 28 septembre 1932 : curettage biopsique Dr J. Quénu anesthésie générale : éther).

« Utérus un peu gros, petits lambeaux de muqueuse »

*Histologie* : « métrite glandulaire avec abondance de glandes. » (Nyka).

Sortie le 26 septembre 1931.

Nouvelles reçues en décembre 1933 « souffrant beaucoup ; fut « opérée hystérectomie totale le 31 mars 1933 par le Dr Pauchet. Va bien depuis. »

**Obs. 47.** — *nos 5003-5235.* Mme L., 41 ans.

Vient le 3 décembre 1931 pour métrorragie.

2 enfants, pas de fausse couche.

H.M. : Bien réglée jusqu'en juillet 1931. Depuis, troubles menstruels de la ménopause, absence de règles jusqu'en décembre après un curettage fait à la Pitié le 28 août. En décembre, métrorragie ayant duré 10 jours.

*1re intervention* le 21 décembre 1931 : curettage biopsique ; M. Draillard (interne), anesthésie générale : éther.

*Histologie* : « Métrite hypertrophique glandulaire très marquée, sans signes de dégénérescence maligne. » (Lavedan)

Ne perd plus de sang jusqu'au 15 mars 1932.

Hémorragies 15 mars-22 mars 1932.

*2me intervention* le 5 avril 1932 : hystérectomie totale, Dr Béclère (assistant) ; anesthésie générale : éther.

*Histologie* : « pas de néoplasme, dilatation anormale des cavités glandulaires avec hypersécrétion. *Ovaires* : quelques microkystes disséminés. Pas de follicules primordiaux. » (Regaud : Institut du Radium).

Sortie le 29 avril 1932.

Revue le 20 juin 1932 : bon état.

Revue le 22 décembre 1933 : en excellent état local et général, sauf bouffées de chaleur empêchant le sommeil. Pas de sang.

**Obs. 48.** — *n° 5177.* Mme S., 43 ans.

Vient en mars 1932 pour métrorragies continues.

2 enfants, pas de fausse couche.

H. M. : Bien réglée jusqu'il y a 15 jours. Métrorragie depuis 15 jours sans caillots, peu abondante.

*Examen* : Utérus un peu gros, non douloureux.

Entrée le 4 mars 1932.

*Intervention* le 5 mars 1932 : curettage biopsique, Dr J. Quénu, anesthésie générale : éther.

« Pas de fibrome perceptible ; hystérométrie : 10 cm. ; muqueuse épaissie, sans plus. »

*Histologie* : « hyperthrophie glandulaire très marquée ; aucun signe de malignité. » (Lavedan)

Sortie le 11 mars 1932.

Revue le 10 janvier 1934 : très bien réglée depuis le curettage. Aucune métrorragie, pas de douleurs, excellent état.

**Obs. 49.** — *n° 5242.* Mme R., 42 ans.

Vient le 20 mars 1932 pour hémorragie importante après les règles.

Pas d'enfant. 1 fausse couche. Polype intracervical enlevé le 5 janvier 1932.

H. M. : Perd tous les jours depuis le 7 février, sans caillots.

Entrée le 2 avril 1932.

*Intervention* le 7 avril 1932 : hystérectomie totale, Dr J. Quénu, anesthésie générale : éther.

« Gros utérus dur, blanc scléreux ; muqueuse aspect fongueux ; pas de tumeur visible. »

*Histologie* : « 1) métrite glandulaire hypertrophique sans signes de dégénérescence maligne. » (Lavedan)

2) « pas de tumeur, rien d'anormal. (Regaud : Institut du Radium) ».

Sortie le 30 avril 1932.

Revue le 3 juin 1932 : excellent état.

Revue le 23 septembre 1932 : quelques douleurs rhumatismales.

Revue le 6 février 1933 : petite éventration, excellent état.

Revue le 16 avril 1934 : va bien.

**Obs. 50.** — Mme M., 50 ans. Non opérée.

Vient le 15 mai 1932 pour métrorragies.

2 enfants, pas de fausse couche.

*H. M.* : Dernières règles le 12 septembre 1931. Depuis, a eu 2 métrorragies peu abondantes mais traînantes.

*Examen* : Utérus gros ; dévié à gauche, avec fond globuleux.

Revient le 24 octobre 1932 pour nouvelle métrorragie abondante.

On conseille la *Roëtgenthérapie.*

Vue le 20 février 1933 : 5 séances de A. X. (Dr Monestier)

Bouffées de chaleur.

Revue le 27 octobre 1933 en excellent état. Pas de sang depuis les R. X. Utérus du volume du poing. Col normal.

**Obs. 51.** — Mme G., 48 ans. Non opérée.

Vient le 27 mai 1932 pour métrorragies

2 enfants, pas de fausse couche.

*H.M.* : 1re métrorragie à 43 ans, qui a duré un mois. Réglée normalement jusqu'à 46 ans. Déréglée depuis. Alternance de métrorragies durant 3 semaines à un mois, et d'aménorrhée de 1 à 2 mois.

*Examen* : utérus normal, Rien dans les c-d-s.

*Diagnostic :* métrorragies de la ménopause typiques.

Refuse le curettage, sort sur sa demande.

Revue en décembre 1933 : ne perd plus du tout. Bouffées de chaleur.

Excellent état.

**Obs 52.** — n° 5420. Mme D., 46 ans.

Vient le 4 juin 1932 pour métrorragies abondantes.

1 enfant, pas de fausse couche.

*H. M.* : Bien réglée jusqu'en juin dernier, aménorrhée de juin à sept. 1931, puis métrorragies qui durent 6 semaines. Nouvelle aménorrhée de 2 mois. Puis nouvelle métrorragie depuis 3 mois avec caillots, qui dure encore.

*Examen* : impossible.

Entrée le 18 juin 1932

*Intervention* le 20 juin 1932 : curettage biopsique ; Dr Béclère (assistant) anesthésie générale : éther.

« Examen sous anesthésie : utérus normal, sans bosselures, rien dans la cavité utérine : quelques débris de muqueuse ».

*Histologie* : « métrite hyperplasique. (Lavedan)

Sortie le 25 juin 1932

Revue le 2 septembre 1932

Puis le 9 septembre 1932. Après le curettage, règles normales jusqu'en août. Depuis, perd tous les jours, peu, rosé. Pas de bouffées de chaleur.

Revue en décembre 1933 : a perdu du 19 juin 1933 au 17 août.

Depuis, perd un peu chaque mois, sans caillots, pas de bouffées de chaleur ; indication : *Rayons X.*

**Obs. 53.** — *n° 5502.* Mme P.., 53 ans.

Vient le 25 août 1932 pour métrorragie depuis le 15 juin.

*H. M.* : bien réglée jusqu'à 52 ans. Mal réglée, depuis un an.

Depuis le 15 juin, n'a pas cessé de perdre.

*Examen* : gros col, induré et saignotant.

Entrée le 30 août 1932.

*Intervention* le 1er septembre 1932 : curettage biopsique. Dr J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Hystérométrie : 10 cm. Débris de muqueuse épaissie. »

*Histologie* : « métrite glandulaire hypertrophique ». (Nyka).

Sortie le 8 septembre 1932.

Revue le 18 novembre 1932 : après le curettage : 2 fois, des régles normales.

Revue le 8 septembre 1933 : règles normales de janvier à juin 1933 ; a perdu beaucoup, de juin à septembre 1933.

Revue le 15 janvier 1934 : n'a pas eu une goutte de sang depuis septembre dernier : bon état général. Aucune douleur. Pas de bouffée de chaleur.

**Obs. 54.** — *n° 5605.* Mme D.., 47 ans.

Vient en octobre 1932 pour métrorragies depuis fin mai.

2 enfants ; pas de fausse couche.

*H. M.* : depuis un an : à deux reprises, régles suspendues pendant plusieurs mois.

Depuis le mois de mai, perd continuellement avec caillots (sauf 15 jours), pas de pertes fétides.

*Examen* : localement : rien. Mais T. A. = 28,5. Souffle systolique de la pointe : après quelques jours en médecine :

Entrée le 10 octobre 1932.

*Intervention* le même jour : curettage biopsique. Dr Béclère. (assistant) pas d'anesthésie (hypertendue).

« *Hystérographie* : lipiodol montre cavité normale ; *curettage* : « cavité utérine vide. Pas de végétations ; quelques débris de « muqueuse ».

*Histologie* : « hypertrophie glandulaire marquée : aucun signe « de dégénérescence maligne. (Lavedan).

Sortie le 16 octobre.

Revue le 15 janvier 1934 : pas une goutte de sang depuis le curettage ; a eu 10 séances de *rayons X* jusqu'à bouffées de chaleur : excellent état général, malgré la T. A. élevée.

**Obs. 55.** — *n° 5644.* Mme C.., 40 ans.

Vient en octobre 1932 pour métrorragie depuis 2 mois.

3 enfants ; pas de fausse couche : réglée toutes les trois semaines.

*H. M.* : depuis les règles de juillet n'a jamais cessé de perdre. Hémorragie abondante, surtout il y a 15 jours.

*Examen* : col dur, irrégulier, saignant. Utérus normal.

*Spéculum* : ulcération en haut et à gauche : on pense à un néoplasme du col ; mais la biopsie du col est négative.

On fait une seconde biopsie du col le 10 octobre 1932 : encore négative.

Entrée le 20 octobre 1932.

*Lipiodol* le 20 octobre 1932 : montre une cavité utérine normale ; la corne droite est très contractée (Dr Béclère)

*Intervention* le 22 octobre 1932 : curettage biopsique : Mme Bocquentin (interne), anesthésie générale : éther + $CO^2$.

« Quelques débris de muqueuse sont ramenés ».

*Histologie* : « métrite glandulaire hyperplasique plus ou moins infectée, sans signes de malignité ». (Lavedan)

Sortie le 28 octobre 1932.

Revue le 20 janvier 1934 : très bien réglée depuis le curettage pendant 4 jours par mois (mieux réglée qu'avant ses métrorragies.)

Très bon état général et local.

**Obs. 56.** — *n° 5771.* Mme B.., 41 ans.

Vue en décembre 1931 pour métrorragies quotidiennes abondantes. 1 enfant. Pas de fausse couche.

*H. M.* : bien réglée jusqu'en septembre dernier.

En septembre : retard de 15 jours puis, pertes sanguinolentes. durant 8 jours. Depuis : hémorragies quotidiennes abondantes.

*Examen* : utérus normal.

Entrée le 10 décembre 1932. Intervention le 20 décembre 1932 : curettage biopsique, M. Butaud (interne) anesthésie générale : éther + $CO^2$.

« Dilation du col : quelques débris de muqueuse. Cavité utérine normale : hystérométrie : 8 cm ».

*Histologie* : « métrite sans signe de dégénérescence maligne. » (Levedan).

Sortie le 26 décembre 1932.

Revue en mars 1933: réglée régulièrement, mais abondamment, depuis le curettage ; beaucoup de pertes blanches.

Revue le 15 décembre 1933 : toujours bien réglée, mais abondamment ; pas de bouffées de chaleur, mais des rougeurs après les repas.

Aménorhée le mois dernier, pour la première fois. Très bon état général.

**Obs. 57.** — n° 5781. Mme L.., 45 ans.

Vient le 26 décembre 1932 pour métrorragies quotidiennes depuis le 10 novembre.

2 enfants, pas de fausse couche.

*Antécédents* : vue une première fois le 15 janvier 1932 pour une métrorragie durant depuis 7 semaines, après un retard de règles de

2 mois. Il fut fait un *lipiodol* (Dr. Béclère) ayant montré une image lacunaire sur la face postérieure.

Un *premier curettage* fut pratiqué le 10 février 1932 ramenant des débris placentaires : n'avait plus perdu après.

Le 10 novembre 1932 : apparition de métrorragies peu abondantes, mais quotidiennes, durant encore.

Entrée le 26 décembre 1932.

*Intervention* le 27 décembre 1932 : curettage biopsique. M. Butaud. (interne) anesthésie générale : éther + $Co^2$

« Hystérémotrie : 8 cm. quelques débris de muqueuse. »

*Histologie* : « métrite sans signe de dégénérescence maligne ; aucun élément placentaire. » (Lavedan)

Sortie le 1er janvier 1933.

Revue le 1er avril 1933 : pas de règles : a perdu 2 jours en mars.

Revue le 17 décembre 1933 ; en avril-mai juin, a eu 15 séances de *rayons X*. A la 14 eme séance arrêt net des hémorragies, qui avaient repris : rien depuis. Bouffées de chaleur.

---

## CONCLUSIONS

Vers l'âge de la ménopause, peuvent apparaître des métrorragies dont il importe de préciser, pour chaque cas, la cause exacte, afin de prendre la décision thérapeutique appropriée.

Or, ce diagnostic étiologique est difficile, lorsqu'il n'existe aucun autre symptôme, aucun autre signe objectif que la constatation de la métrorragie.

Notre étude, limitée aux métrorragies survenues entre l'âge de 40 ans et la ménopause constituée, est basée sur 57 cas de ce genre recueillis dans le même service pendant une période de huit années.

1) D'après notre expérience, basée sur ces faits, les métrorragies ne traduisent une *lésion organique* de l'utérus que dans *un quart des cas* à peine (22, 8 %)

Cette lésion organique peut, d'ailleurs, être bénigne ou maligne, et le *cancer endo-utérin* ne figure, que pour la proportion de 7 % dans l'ensemble des cas de métrorragies de la ménopause.

Dans *les trois quarts des cas*, au moins, (77,2 %) les métrorragies ne correspondent à aucune lésion organique : il s'agit, alors, de *métrorragies fonctionnelles*, attribuables le plus souvent, à des troubles de la sécrétion ovarienne.

On conçoit l'importance de la distinction entre ces deux variétés de métrorragies : les unes lésionnelles, qui relèvent du traitement chirurgical, les autres fonctionnelles qui ne sont pas justiciables de la chirurgie.

2) Or, ni les antécédents, ni les caractères des hémorragies, ni l'examen clinique ne donnent pour ce diagnostic, une sécurité suffisante.

Seul, *le curettage explorateur*, suivi de *l'examen microscopique* du produit, permet, dans la grande majorité des cas, de fixer de manière précise le diagnostic histologique.

Il peut être intéressant, dans certains cas, de recourir *à l'hystérographie*, avant le curettage.

3) On arrivera, ainsi, à déterminer la cause de la métrorragie et à préciser l'indication thérapeutique : la seule indication absolue *de l'hystérectomie* est constituée par les lésions malignes, avant tout, le cancer endo-utérin.

Dans les autres cas, le diagnostic de cancer étant éliminé, on peut, suivant les circonstances, soit recourir à la *radiothérapie*, soit prolonger le délai *d'observation*.

4) Les métrorragies de la ménopause posent donc un problème diagnostique et thérapeutique difficile :

c'est au **Chirurgien** qu'il appartient de résoudre ce problème.

Ce qui importe, avant tout, c'est *de dépister le cancer* dont la méconnaissance équivaut à un arrêt de mort.

Ce n'est pas une raison pour enlever indistinctement tous les utérus qui saignent aux alentours de la ménopause.

C'est une raison pour faire de chaque cas, l'objet d'une enquête extrêmement minutieuse, enquête où le curettage explorateur suivi de l'examen histologique joue le premier rôle.

Vu :
*Le Doyen :*
Roussy

Vu :
*Le Président :*
R. Grécoire

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie de Paris :*
S. Charlety.

# BIBLIOGRAPHIE

## I. — Etude générale


1. Béclère (Cl.). — Métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne et ménopausique. (*Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, novembre 1933, n° 9. p. 748 754).
2. Béclère (Cl.). — Les véritables hémorragies de la ménopause. (*Congrès de l'assoc. des obstétric. et gynécol. de langue Fran.* Paris 1933).
3. Bourigault. — Les métrorragies essentielles et crépusculaires de la ménopause. (*Gazette médicale de Paris*, 16 Février 1924).
4. Cadenat. — Que faire en présence d'une métrorragie? (*L'Hôpital*, A. et B. Juillet 1927, n^os 194-195, p. 414 et sq).
5. Cotte. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Paris. 1 volume, 1931, p. 161 et sq., notamment p.65 et 161).
6. Delespine (J.). — Métrorragies et affections annexielles. (*Thése Paris*, in 8°, 1904-1905, n° 447).
7. Douay. — Les métrorragies avant la ménopause. (*Journal des Praticiens*, 31 mars 1928, p. 220).
8. Faure (J. L.) et Siredey. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale (Paris, Doin, 1 vol, 4e édition, 1928, notamment p. 1073).
9. Flechter Shaw (W.). — De l'hémorragie pendant et après la ménopause. (*British médical Journal*, 19 Juin 1926).
10. Forgue et Massabuau. — Les métrorragies de la ménopause. (*Presse médicale*, 28 septembre 1912, p. 793).
11. Forgue et Massabuau. — Nouveau traité de chirurgie de Pierre Delbet, 3e édition 1927, tome 43, notamment p. 225.
12. Gaboriau (I.). — Contribution à l'étude des hémorragies dites essentielles de la ménopause. (*Thèse Paris*, 1919).
13. Guyot et Corriader. — (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 28 Février 1932).

14. Jeanneney. — Hémorragies génitales et lésions annexielles. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mars 1928).

15. *Journal des praticiens*. — 23 septembre 1933, p. 621.

16. Moulonguet. — Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul Lecène, 1932. Tome II : appareil génital de la femme. (*2e partie : lésions dystrophiques de l'utérus*, p. 28).

17. Moulonguet. — Diagnostic et traitement des hémorragies de la ménopause. (*Revue critique de patho. et de thérapeutique*. Tome III, n° 10. Mars-Avril 1933, p. 821).

18. Moulonguet et Gasne. — (*Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1er mai 1933).

19. Nicolau (P.). — Contribution à l'étude des métrorragies de la ménopause, (métrorragies d'origine ovarienne). (*Thèse Montpellier* in 8°, 1912, n° 17).

20. Petit-Dutaillis (P.). — Hémorragies génitales post-ménopausiques. (*Presse médicale*, n° 67, 20 août 1930, p. 1127).

21. Quénu (J.) et Béclère (Cl.). — Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause. (*Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, novembre 1933, n° 9, p. 742 à 748).

22. Rouville (de). — Consultations de gynécologie. (Paris, 1 vol., 1902).

23. Rosenstein (Fania). — Contribution à l'étude des métrorragies. L'importance diag. de l'examen histol. après un curettage et sa valeur quant aux indic. thérap. (*Strasbourg médical* XCIIIe année. N° 22, Août 1933, p. 537 à 542).

24. Salen (G). — Acquisitions récentes dans le trait. de quelques troubles fonct en gynécologie. (*Monde médical*, 15 août 1928, n° 23, p. 212).

25. Schwartz. — Hémorragies utérines d'origine ovarienne. (*Paris médical*, 12 août 1926).

26. Siredey. — Les hémorragies de la ménopause. (*Journal de Championnière* : 10 novembre 1930, article 29.750, p. 781-798).

27. Siredey et Douay. — (*Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris* : discussion 1er mai 1933).

28. Tietze et Mayer. — Hémorragies chez les femmes de plus de 50 ans. Etude statistique. (*La Gynécologie* : avril 1932, p.240).

29. Tinel (J.). — Etude pathologique des troubles et accidents de la ménopause. (*Journal médical français* : XVII, mars 1928, n° 3, p. 103).

## II. — Physiologie

30. Chevalier (P.). — Sur le diagnostic des syndromes hémorragiques constitutionnels. (*Journal de Championnière*. CI, 25 septembre 1930, article 29724, p. 672 à 677).

31. Clauberg. – Das Hormon der corpus luteum.(*Zent. f. gynak.* 4 Janvier 1930. N° 1, p. 71).

32. Gontallier. — Métrorragies ovariennes après la ménopause. (*Thèse Paris* 1931).

33. Kreiss. — A propos des métrorragies fonctionnelles. (*La Science médicale pratique* : 15 Février 1929. p. 91).

34. Lacassagne. — Etude histologique et physiologique des effets produits sur l'ovaire par les rayons X.(*Thèse Lyon* 1912-1913).

35. Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. (Paris. 1 vol. 1890).

36. Schröder (R). - Der anatomische und Klinische Begriff der métropathia hœmorrhagica. (*Zent. f. gyn.* tome XLIV, N° 49, 4 Décembre 1920 p. 1401).

37. Vinay. — La ménopause. (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoires*. Paris. 1 vol. 1908)

38. Weil (P. E.). — Les Hémorragies hémotrypsiques chez la femme. (*Monde médical* : 15 mai 1931. N° 790, p.573-583).

## III — Cancer endo-utérin.

39. Duval (J). — Cancer primitif du corps de l'utérus. (*Thèse Paris* 1928. N° 216, Arnette, éditeur).

40. Gold. — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus. (*Thèse Paris* 1929)

41. Hervé. — Comment s'impose cliniquement le cancer du corps de l'utérus (*Thèse Lyon* 1929)

42. Léo. — De la biopsie dans le cancer du corps utérin (*Bull. et mém. de la soc. des chirurgiens de Paris*. T. XX. 2 novembre 1928. N° 15, p.768).

43. Siredey. — Le Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. (*Semaine des hôpitaux de Paris*. T. V. Mai 1929, p. 131-139).

44. Tesson. — Cancer primitif du corps de l'utérus. (*Thèse Paris*, 1901).

45. Tixier et Pollosson. — A propos du cancer du corps utérin : étude clinique et statistique. (*Lyon chirurgical*. T. XXVIII. Janvier 1931, n° 1, p. 94-104).

46. Tixier, Pollosson et Gouillioud. — Le cancer du corps utérin. (*Presse médicale* n° 90. Novembre 1930, p. 1522).

47. Violet. — A propos du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin. (*La gynécologie*. Novembre 1931, p. 664).

## IV. — Curettage explorateur

48. Bardon et Matey cornot. — Un cas de cancer utérin avec perforation au cours d'un curettage explorateur. (*Société d'obst. et de gynécologie. Bordeaux*, 27 Février 1923).

49. Burger (P). — A propos des hémorragies après la ménopause et du curettage explorateur. (*La gynécologie* : 32e année. Mars 1933, p. 129).

50. Butaud (P). — Les métrorragies après la ménopause : leur valeur symptomatique. (*Thèse Paris* 1933. Arnette éditeur. P. 34 à 52).

51. Cadenat. — Les dangers de la biopsie dans le cancer de l'utérus. (*L'hôpital*, avril 1930, n° 260 bis, p. 252).

52. Caplan. — La biopsie dans le cancer de l'utérus. (*Thèse Paris* 1929).

53. Carrechio (E). — Les surprises du curettage explorateur et le diagnostic du cancer de l'utérus. (*Thèse Genève* 1927).

54. Dambrin. — Du curettage explorateur dans les métrorragies. (*Toulouse médical* : n° 101, 1er octobre 1931, p. 692).

55. Ducuing. — (*Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*. T. XXI, octobre 1932, n° 8, p. 607-625).

56. Faure (J. L). — Les méfaits du curettage utérin dans le cancer du corps de l'utérus. (*Presse médicale* : 24 mai 1930, n° 42, p. 705).

57. Faure (J. L). — Discussion. (*Bull. soc. obst. et gynécol. Paris*. Juillet 1928, n° 75, p, 451-452).

58. Fiolle (J). — Le curettage utérin. (Paris 1929, 1 volume. Masson. 3e éd.).

59. Laroyenne. — Des métrorragies justiciables d'un curettage utérin. (*Lyon médical* 1896, n° 82, p. 277).

60. Lefebvre. — Un cas de perforation utérine au cours d'un curettage explorateur dans un cancer du corps utérin. (*Toulouse médical* 1er octobre 1931, n° 19, p. 684 à 690).

61. Leo. — De la biopsie dans le cancer du corps utérin. (*Presse médicale* n° 96. Décembre 1928).

62. Meriel. — Du curettage explorateur dans les métrorragies. (*Toulouse médical* : 1er octobre 1931, n° 19, p. 692).

63. Morestin. — Indications du curettage. (*Société d'anatomie* : Juin 1908).

64. Muret. — A propos du curettage explorateur. (*Revue médicale de la Suisse Romande* : T. XLI, 10 mars 1931, n° 3, page 129).

65. Pauchet. — Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin. (*Presse médicale* n° 94. Novembre 1928, p. 1508).

66. Pauchet. — Danger de la biopsie : la perforation utérine. (*Bull. et mém. des chirurgiens de Paris*. T. XX, 2 Novembre 1928, n° 14, p. 726-735).

67. Siredey. — Diagnostic précoce du cancer du corps utérin : Faut-il, dans les cas douteux faire un curettage explorateur ? (*Bull. et mém. des chirurgiens de Paris*, T. XXI, 1929, n° 8, p. 311).

68. Siredey et Lemaire. — De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin. (*VIIe congrès gynécol., obstétr. et pédiatrie*. Lille, mars 1913).

69. Villard. — A propos du cancer du corps utérin. Etude clinique et statistique. (*Lyon chirurgical* : T. XXVIII. Janvier 1931, n° 1, p. 104).

## V. — Histologie.

70. Bouilly. — Les hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique : (*La gynécologie*, 1905).

71. Cornil. — *Manuel d'histologie pathologique* : 3e édition.

72. Cotte et Martin. — De l'existence d'amas lymphoïdes dans la muqueuse utérine. (*Gynécologie et obstétrique*. XIX. mai 1929. n° 5. p. 360).

73. Gasne. — Les états précancéreux de la muqueuse du corps utérin. (*Thèse de Paris*. 1932. n° 631).

74. Lahm. — Uterusblutungen un der menopause (*Zentralblatt f. gyn.* 1929. n° 46, p. 2937).

75. Letulle (M). — La clinique et l'anatomie pathologique pratique les caillots métrorragiques (4 fig.) (*Presse médicale* 24 août 1927. n° 68 : p. 1042).

76. Michon. (J). — Valeur semeiologique des polypes muqueux de l'utérus. (*Thèse Lyon* 1923).

77. Novak (E). — The interpretation and clinical significance of uterine hémorrage (*Médical Record. New-York.* 10 juillet 1920. p. 43).
78. Pettit. — Diagnostic histologique du curettage utérin (*Thèse Paris* 1901).
79. Sappey (P). — Origine ovarienne de certaines hémorragies utérines. Etude et recherches anatomo pathologiques. (*Thèse Montpellier* 1921, n° 1)
80. Szymanowicz. — Observations sur les conditions de la prolifération des glandes utérines chez la femme. (*Gynécologie et obstétrique* T. V 1922).
81. Young (J). — Menstruation and irregular uterine hémorragie of ovarian origin. (*British médical journal* : 20 Décembre 1930 n°. 3650. p. 1031).

## VI. — Hystérographie

82. Béclère (Cl). — 100 observations de radio-diagnostic gynécologique par injection de lipiodol : (*société chirurgie*, 14 mars 1928).
83. Béclère (Cl). — Comment interpréter une radiographie de l'utérus et des trompes de Fallope. (*Monde médical*. T. XL, 15 novembre 1930, p. 923).
84. Béclère (Cl). — Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses ? (*Presse médicale*, 23 Juin 1928, p. 791).
85. Béclère (Cl). — Compte-rendu congrès : associat. gynécol. langue Franç. 1931, Bordeaux, in « *Gynécologie et obstétrique* ». T. XXIV, octobre 1931, n° 24, p, 544 546).
86. Béclère (Cl). — L'hystérographie dans le diagnostic des lésions, intra-utérines et des métrorragies fonctionnelles. (*Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, n° 10, Décembre 1933, p. 815-821).
87. Cotte. — *Gynécologie et obstétrique*. T. XXIV, octobre 1931. n° 24, p. 193-258).
88. Douay. — Examen au lipiodol pour le cancer du corps de l'utérus. (*Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, 8 juillet 1929, n° 7, p. 447 à 452).
89. Grégoire, Beclère et Darbois. — Examen radiologique de l'utérus et des annexes. Technique, résultats. (*Journal de chirurgie*, Juin 1926, n° 6, p. 688-700).
90. Imbert. — L'exploration radiologique de l'utérus (*Marseille-médical*, 25 août 1928, n° 24, p. 246).

91. Michon. — A propos des examens utérins lipiodolés (*Soc. chirurgie*, 16 mai 1928).

92. Michon. – Radiographie de l'utérus après injection de lipiodol : cancer du corps et fibrome. (*Journal de radiologie et d'électric.* T. XII, sept. 1928, p. 439-440).

93. Mocquot. — Exploration lipiodolée intra utérine (*Soc. chirurgie* 21 mars 1928, in *Bull. et mém. soc. chir.* T. LI, 1928, p. 1043).

93. Mocquot et Bureau. — L'examen radiologique de l'utérus par l'injection d'huile iodée (*Presse médicale*, n° 100, 14 décembre 1927, p. 1525).

94. Sicard. — Sur les prétendus méfaits du lipiodol intra-utérin. (*Soc. chirurgie*, 9 mars 1928).

95. Sicard et Forestier. — L'exploration radiologique par l'huile iodée. (*Presse médicale*, juin 1923).

## VII. — Radiothérapie

96. Arcelin (F.). — Nouvelle méthode de traitement radiothérapique des fibromes et des métrorragies de la ménopause : méthode des doses décroissantes. (*Lyon médical*, n° 149, 14 Février 1932, p. 194-198).

97. Beclère (A). — Communication IIe congrès des gynécolog. et obstétric. de langue française. *Genève 1921.*

98. Brunet (A). — Contribution à l'étude des métrorragies d'origine ovarienne. Parallèle entre la radiothérapie et la curiethérapie dans les métrorragies de la ménopause. (*Thèse Montpellier*, 1927, n° 69).

99. Gouin (J) et Bienvenue. — Radiothérapie fonctionnelle dans les troubles menstruels par voie sympathique dorso-lombaire. (*Journal de radiologie et d'électricité*, août 1927).

100. Kœnig. — Rapport IIe congrès des gynécolog. et obstétric. de langue française, Paris 1921 (*in Brunet, Thèse Montpellier* 1927).

101. Kower (J.B )— Radiothérapie des hémorragies climateriques. (*Gynécologie et obstétrique*, Paris 1922 n° VI, juillet, p. 385-404).

102. Siredey. — Congrès de Physiothérapie, Paris 1911.

103. Solomon. — Traitement radiothérapique des accidents post-ménopausiques. (*Journal médical français*, T. XVII, mars 1928, n° 3, p. 107).

104. Von Hugo Sellheim. — (Munchener medizinische Wachenchrift, 22 Novembre 1923, *in Brunet, Thèse Montpellier* 1927).

## TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction ..... 15
Plan du travail ..... 17
Historique de la question ..... 19

PREMIÈRE PARTIE

**Exposé des faits**

CHAPITRE PREMIER. — *Exposé de la statistique* ..... 25
*Exposé des faits* ..... 25
CHAPITRE DEUXIÈME. — *Déductions étiologiques* ..... 34
A. — Métrorragies lésionnelles ..... 34
B. — Métrorragies fonctionnelles ..... 34
Métrorragies de cause extra-génitale ..... 37
Tableau récapitulatif des causes des métrorragies de 40
la ménopause ..... 41

DEUXIÈME PARTIE

**Les moyens de diagnostic**

A. — Les antécédents ..... 45
B. — Les caractères des métrorragies ..... 46
C. — Les signes physiques ..... 49
D. — L'exploration endo-utérine ..... 49
CHAPITRE PREMIER. — *Le curettage biopsique* ..... 51
1°) Discussions ..... 51
2°) Technique ..... 52
3°) Critiques ..... 55
A. Ses dangers ..... 55
a) les perforations ..... 55

b) la disssémination cancéreuse..... 56
c) les infections périutérines ..... 56
B. Ses omissions..... 57
C. Erreurs de l'histologiste..... 59
D. Autres critiques faites au curettage..... 59
4°) Résultats thérapeutiques..... 60
A. malades demeurées guéries..... 61
B. malades dont les métrorragies ont récidivé. 63
CHAPITRE DEUXIÈME. — *L'examen histologique*..... 65
A. Cas faciles..... 66
B. Cas difficiles..... 69
CHAPITRE TROISIÈME. — *L'hystérographie*..... 73
1°) Technique..... 74
2°) Résultats..... 74
3°) Critiques..... 76
4°) Indications..... 77

## TROISIÈME PARTIE

### Les Indications thérapeutiques

Les problèmes à résoudre..... 81
A. INDICATIONS CHIRURGICALES..... 83
I) absolues..... 84
II) relatives..... 85
B. — INDICATIONS DES RADIATIONS..... 86
I) *la Roëtgenthérapie*..... 87
II) *la Curiethérapie*..... 89
G. — L'EXPECTATIVE..... 90
Observations..... 93
Conclusions..... 125
Bibliographie..... 127